

Obrazac za prijavu- iskaz interesa za dodjelu financijske potpore za pokriće troškova rane kotizacije

| | |
|---|---|
| IME I PREZIME | |
| Adresa stanovanja | |
| Datum rođenja | |
| OIB | |
| Broj telefona | |
| e-mail | |
| Specijalizacija | <ol style="list-style-type: none">1. LIJEČNIK U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI BEZ SPECIJALIZACIJE2. LIJEČNIK SPECIJALIZANT HITNE MEDICINE3. LIJEČNIK SPECIJALIST HITNE MEDICINE4. |
| Naziv i adresa ustanove u kojoj ste zaposleni | |
| Naslov sažetka rada | |
| Izričito izjavljujem da svoje gore navedene podatke dobrovoljno dajem na raspolaganje HLZ-HDHM te dajem pristanak za obradu i korištenje jedino u svrhu moje prijave na iskaz interesa za dodjelu ranih kotizacija za 13. kongres EuSEM-a, 2019. godina, Prag | DA NE |

Mjesto i datum:

Potpis liječnika:
