

Ime in priimek: _____

Strokovni naziv: _____

Domači naslov:

Ulica in hišna številka _____

Pošta _____

Kraj _____

Ustanova:

Naziv: _____

Ulica in hišna številka _____

Pošta _____

Kraj _____

Telefon: _____

Elektronska pošta: _____

Rojstni datum: _____

Pristopna izjava

S podpisom te izjave potrjujem, da želim biti član Diabetološkega združenja Slovenije.

Datum: _____

Podpis: _____

Dovoljujem, da navedene podatke Diabetološko združenje Slovenije uporablja za namene svojega delovanja.