

Svet Diabetološkega združenja Slovenije

Kot vodja diabetoloških ambulant/diabetološkega oddelka/koncesionar (prosimo, obkrožite) želim kot član sveta sodelovati v delovanju Diabetološkega združenja Slovenije.

Datum: _____

Podpis: _____

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

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: _____