



Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS
Gradiškova ulica 10
1000 Ljubljana

PRISTOPNA IZJAVA

ČLANA DRUŠTVA ZA OSKRBO RAN SLOVENIJE (DORS)

PRIIMEK: _____ IME: _____

Rojen / a dne: _____ Kraj rojstva: _____

Naslov stalnega bivališča _____

STATUS (ustrezno obkroži):

a) študent študijskega programa _____ fakulteta: _____

b) zaposlen / a v zavodu: _____

naslov zavoda in pošta: _____

delovno mesto: _____

dosežena stopnja izobrazba: _____

poklic: _____

c) drugo: _____

TELEFON: _____ E – NASLOV: _____

Prostovoljno se včlanjujem v DRUŠTVO ZA OSKRBO RAN SLOVENIJE in
sprejemam Statut društva ter sem seznanjen s plačevanjem članarine.

Datum: _____

Podpis: _____