

Osebni list kandidata za organe KZS

Ime: _____

Priimek: _____

** številka kartice zdravstvenega zavarovanja je 9 mestna debelo odtisnjena številka na prvi strani kartice*

Številka KZS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMŠO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kraj rojstva: _____

Naslov: _____

E-naslov: _____

Telefon: _____ **Mobilni telefon:** _____

Izobrazba: _____

Član društva: _____

Izjava kandidata

Izjavljam, da se strinjam s kandidaturo za člana

Nadzorni odbor

Disciplinska komisija 1. St

Disciplinska komisija 2. St.

(ustrezno obkroži)

Datum: _____

Podpis: _____