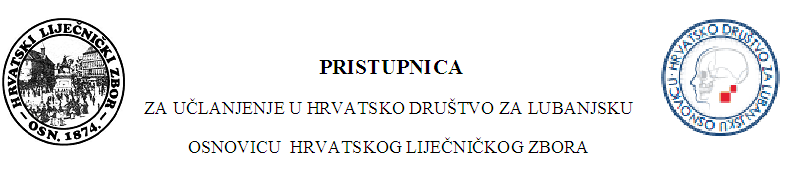
Šubićeva 9, 10000 Zagreb;tel.:+385 1 46 93 300;fax. +385 1 46 55 446, +385 1 46 55 066



Ime:……………………..…………

Prezime……………...........…………….

Datum rodenja:………….....................

OIB..............................................

Adresa stanovanja......................................................

Grad:.........................................Poštanski br:.........................................

Država.......................................................................

Telefon(stanovanja):................................................................

Mobitel:.......................................................................................

e-mail:................................................................................

Državljanstvo:....................................................................................

Specijalizacija.....................................................................................

Naziv ustanove u kojoj radite:…...........……..................…...…

Adresa ustanove:…………........……………………………..

Grad:…........…........…..

Telefon(ustanove):……….................……Fax.:....................................

Država...................................................................

**IZJAVLJUJEM DA SVOJEVOLJNO PRISTUPAM HRVATSKOM DRUŠTVU ZA LUBANJSKU OSNOVICU HRVATSKOG LIJE**Č**NI**Č**KOG ZBORA.**

U..................................... dana..................................

Potpis........................................................

Adresa za korespodenciju i adresa društva: Klinika za Neurokirurgiju, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb;tel.:+385 1 2376324; fax. +385 1 2376038