



HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR -
HRVATSKO DRUŠTVO ZA ALERGOLOGIJU I
KLINIČKU IMUNOLOGIJU
CROATIAN MEDICAL ASSOCIATION –
CROATIAN SOCIETY OF ALLERGOLOGY AND
CLINICAL IMMUNOLOGY

PRISTUPNICA

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Grad i država rođenja: _____

Državljanstvo: _____

Godina i mjesto diplome: _____

Vrsta specijalizacije: _____

Godina i mjesto specijalizacije: _____

Uža specijalizacija: _____

Profesionalno zvanje: _____

Stručno zvanje: _____

Znanstveno zvanje: _____

Nastavno zvanje: _____

Mjesto rada (ustanova): _____

Adresa rada: _____

Telefon/mob: _____

E mail: _____

Član drugih stručnih društava HLZ: _____

* U prilogu dostaviti kratki CV uz navođenje i opis interesnog područja

U _____

Dana _____

Potpis:
