

**ZAHTJEV ZA ČLANSTVO U UDRUZI DISPEČERA HITNE
MEDICINE**

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

OIB: _____

Adresa: _____

Kontakt broj telefona/mobitela: _____

Kontakt e-mail: _____

Članstvo: a) redovno

b) pridruženo

c) kolektivno

Članarina će biti plaćena: a) godišnja članarina u iznosu od 100 kuna

b) mjesečna članarina u iznosu od 10 kuna

Datum i vlastoručni potpis: _____