



SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA NUKLEARNO MEDICINO

Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, T: +386 1 522 8458

DŠ: SI57120382, MŠ: 5797705000, TRR: SI56 0201 4025 3200 422

PRISTOPNA IZJAVA K ČLANSTVU V SZNM

Podpisani/a:

Ime in priimek:

Naslov stalnega prebivališča:

Poštna številka in kraj:

Telefonska številka:

E-naslov:

Delodajalec:

Poklic / strokovni naziv:

Izjavljam, da želim postati član/ica **Slovenskega združenja za nuklearno medicino** (v nadaljevanju: Združenje), ter da sprejemam in bom spoštoval/a statut združenja, sklepe njegovih organov in vse druge akte, ki urejajo delovanje združenja.

Seznanjen/a sem, da združenje deluje kot strokovno društvo po **Zakonu o društvih** (ZDru-1, Uradni list RS, št. 64/11 in uradno prečiščeno besedilo in 21/18 – ZNOrg) ter da članstvo v združenju temelji na prostovoljnem pristopu in aktivnem sodelovanju pri njegovih strokovnih ciljih.

S podpisom te izjave dovoljujem, da združenje vodi, obdeluje in uporablja moje osebne podatke izključno za namen članstva, vodenja evidence članov ter obveščanja o strokovnih dogodkih in dejavnostih združenja, v skladu z veljavno zakonodajo o varstvu osebnih podatkov.

Kraj in datum: _____

Podpis:

Za interno uporabo združenja:

Datum prejema izjave: _____

Članarina poravnana: DA / NE

Sklep o sprejemu člana: _____

Podpis odgovorne osebe: