



PRISTUPNICA

Prezime :

Ime.

Titula : a) dr. med. b) primarijus, c) mr. sc., d) dr. sc., e) docent, f) profesor,

„Status“: a) dr. med. – specijalizant iz psihijatrije, b) specijalist psihijatar, c) psiholog, d) socijalni radnik,
e) socijalni pedagog, f) drugo

OIB:

Rođen/a:

Adresa stanovanja:

Telefon: , mobitel:

Radno mjesto:

Telefon:, mobitel:

E-mail adresa:

(Medicinski) fakultet završio/la u, godine.

Specijalistički ispit položio/la: godine

Ovim prihvaćam članstvo u Hrvatskom psihijatrijskom društvu te sva prava i obveze koje iz tog
proizlaze.

Mjesto i datum:,

Vlastoručni potpis:

.....