

PRISTOPNA IZJAVA

IME IN PRIIMEK	
NASLOV BIVALIŠČA	
ZAPOSILITEV <i>(navedite naziv delodajalca)</i>	
ELEKTRONSKI NASLOV <i>(za obveščanje)</i>	
TELEFONSKA ŠTEVILKA	

Podpisani / podpisana izjavljam, da sprejemam Statut FIDES, ki je objavljen na spletni strani
(<http://www.sindikاتفides.si>).

V _____, dne _____

(Podpis)

Pristopajoči član sem seznanjen z možnostjo, da informacije o zbiranju svojih osebnih podatkov pridobim na spletnih straneh sindikata FIDES.

Podpisano izjavo posredujte na naslov: FIDES, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska 162, 1000 Ljubljana ali skenirano na e-pošto: info@sindikاتفides.si
Telefonska številka: 01/ 43 25 028 ali 01/ 43 01 914

Hvala za izkazano zaupanje!

