

Hrvatski liječnički zbor  
Hrvatsko društvo za sportsku medicinu  
Šubićeva 9  
10000 Zagreb



# PRISTUPNICA

**Za ućlanjenje u Hrvatsko društvo za sportsku medicinu  
Hrvatskog lijećnićkog zbora**

ime i prezime: \_\_\_\_\_

specijalizacija: \_\_\_\_\_

ustanova: \_\_\_\_\_

adresa ustanove: \_\_\_\_\_

telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

***napomena: uvjet za ćlanstvo u Hrvatskom društvu za sportsku medicinu je ćlanstvo u Hrvatskom lijećnićkom zboru.***

mjesto: \_\_\_\_\_

datum: \_\_\_\_\_

**potpis:**