

УДРУЖЕЊЕ ПЕДИЈАТАРА СРБИЈЕ

ПРИСТУПНИЦА У ЧЛАНСТВО

Презиме _____ Име _____

ЈМБГ _____ Бр. лиценце _____

Ужа специјалност _____ Академско звање _____

Установа _____

Организациона јединица установе _____

Адреса _____

Место _____ Поштански број _____

Тел: службени _____ ; мобилни _____ ; кућни (опц.) _____

Имејл адреса: _____ Телефакс _____

Изјављујем и потписом потврђујем да добровољно ступам у чланство Удружења педијатара Србије и да прихватам права и обавезе регулисане Статутом Удружења.

Датум _____

Потпис _____

Пristупницу и доказ о уплати пошаљите на адресу:

SMART TRAVEL, 11000 Београд, Светог Саве 43/1

Чланску карту добићете поштом на адресу коју сте означили у приступници, у периоду од 1. до 5. у текућем месецу (за све чланове који су приступницу послали у претходном месецу).

Пristупницу не попуњавају колеге које су се раније учланили у УП Србије или, УП СРЈ/СЦГ.

Уплатом чланарине за УПС обезбеђујете и попуст за котизације на скуповима које организује УПС.
