
**HRVATSKO ENDODONTSKO
DRUŠTVO**

Stomatološki fakultet
Sveučilišta u Zagrebu
Gundulićeva 5
10000 Zagreb, Hrvatska

Tel: (01) 4802-116
Fax: (01) 4802-159



**CROATIAN ENDODONTIC
ASSOCIATION**

School of Dental Medicine
University of Zagreb
Gundulićeva 5
10000 Zagreb, Croatia

Tel: (01) 4802-116
Fax: (01) 4802-159

Broj: _____

PRISTUPNICA

Ime i
prezime: _____

Ime oca: _____

JMBG: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

Kućna adresa: _____

Telefon: _____

Završeni fakultet: _____

Godina diplomiranja: _____

Poslijediplomski studij: _____

Specijalnost: _____

Usavršavanje: _____

Znanstveni stupanj: _____ (Mr.sc., Dr.sc.) Akademski stupanj: _____ (Ass., Doc., Prof.)

Adresa na poslu: _____

Telefon: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Obavijesti društva želim primiti na adresu (zaokružiti): a) na poslu b) na kućnu adresu

Potpis: _____ Mjesto i datum: _____

Ovom pristupnicom izražavam želju za prijem u članstvo Hrvatskog endodontskog društva. Prihvaćam odredbe Statuta Društva, te ću svoj rad u Društvu vršiti sukladno zadanim odredbama.