

PRIHLÁŠKA

Meno a priezvisko:.....

Rodné číslo:.....

Trvalé bydlisko:.....

Osobné číslo:.....

Klinika/oddelenie:.....

Kontaktný e-mail:.....

Číslo účtu mojej banky.....

Súhlasím so zrážkou 7 eur mesačne, za účelom vyplatenia členského príspevku
LOZ UNLP Košice.

Dátum:

Podpis

Prihlášku vypísať a doručiť osobne alebo nemocničnou poštou cez sekretariát každého pracoviska na adresu:

- MUDr. Martin Paulo, KÚCH, UNLP, Rastislavova 43
 - MUDr. Peter Zimmermann, Neurologická klinika, UNLP, Tr. SNP 1
-