



Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije

Ulica bratov Učakar 138, 1000 Ljubljana

info@hipnoza-dmhs.si

PRISTOPNA IZJAVA

Spodaj podpisani_a želim postati član_ica Društva za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS). Potrjujem, da so podatki, navedeni na pristopni izjavi, resnični, ter da sem seznanjen_a z vsemi pravicami in dolžnosti članov, kot jih navaja Statut DMHS. Obvezujem se, da bom ob vpisu poravnal_a letno članarino ter pri svojem delu dosledno upošteval_a Etični kodeks DMHS. S podpisom prav tako soglašam, da Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS) zbira, hrani in uporablja vnešene osebne podatke v namene obveščanja o aktualnem dogajanju v društvu.

Primarna izobrazba

- a) zdravnik
- b) zobozdravnik
- c) psiholog
- č) drugi zdravstveni delavec
- d) študent

Vrsta članstva

- a) redno članstvo (zdravniki, zobozdravniki, psihologi)
- b) pridruženo članstvo (drugi zdravstveni delavci, študenti)

Ime in priimek	
Strokovni naziv	
Naslov, pošta in poštna številka	
Elektronski naslov	
Telefonska številka	

Letno članarino v višini 20 EUR poravnajte z bančnim nakazilom na tekoči račun društva:

Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije

Resljeva cesta 25, 1000 Ljubljana

TRR: SI56 0203 2025 6944 419 (NLB d.d.)

Sklic: SI99 / Namen: Članarina 2025

Podpisano pristopno izjavo skupaj s potrdilom o plačilu članarine pošljite na elektronski naslov društva.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____