



## PRISTUPNICA

Svojim potpisom potvrđujem da želim da postanem član Društva neurologa Srbije.  
Takođe svojim potpisom se obavezujem na redovno uplaćivanje članarine, preko tekućeg računa 265-1620310003649-82 – Raiffeisen banke, a odlučio/la sam se za sledeći model uplate (zaokružite jednu od ponuđenih mogućnosti).

- a) Uplata godišnje članarine
- b) Uplata polugodišnje članarine
- c) Uplata članarine adimnistrativnom zabranom

Svojim potpisom dajem saglasnost za korišćenje ličnih podataka u cilju obaveštavanja.

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Datu rođenja: \_\_\_\_\_

E mail adresa: \_\_\_\_\_

Kontakt telefon po želji i faks: \_\_\_\_\_

Tačan naziv ustanove u kojoj radite: \_\_\_\_\_

Adresa ustanove u kojoj radite: \_\_\_\_\_

Navedite užu oblast neurologije kojom se bavite: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Svojeručni potpis: \_\_\_\_\_