



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE
MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zszs-mcs.si

☎ +386 (0) 1 30 72 100

Vloga za izdajo članske izkaznice Zdravniške zbornice Slovenije

ID člana (izpolni ZZS): _____

1. OSEBNI PODATKI

Naziv * (strokovni naziv) _____

Ime* _____

Priimek* _____

Datum rojstva * _____

Stalni naslov* (poštna številka,
kraj) _____

Naslov za pošiljanje pošte*
(če je drugačen kot stalni naslov) _____

2. KONTAKT

E-poštni naslov * _____

Mobilni telefon * _____

*Podatek je obvezen. V primeru, da boste vlogo posredovali po elektronski pošti clanska@zszs-mcs.si, poleg izpolnjene vloge priložite še sliko v jpg datoteki. V nasprotnem primeru izpolnjeno vlogo z priloženo sliko posredujte na Zdravniško zbornico Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana. Izkaznico boste prejeli najkasneje v dveh mesecih od oddaje vloge.

Datum: _____

Podpis: _____
(pisno ali elektronsko)