



**ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE**  
**MEDICAL CHAMBER OF SLOVENIA**

Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana

✉ gp.zzs@zgs-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@zgs-mcs.si](mailto:clanska@zgs-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)