

DRUŠTVO RADIOLOŠKIH INŽENIRJEV SLOVENIJE  
Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

**PRISTOPNA IZJAVA**

**IME IN PRIIMEK** \_\_\_\_\_

Rojen (-a) \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_

Stalno prebivališče \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Začasno prebivališče \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

**ZAPOSLEN(-A)** (prosimo, da navedete natančen naziv ustanove v kateri ste zaposleni)

Zavod \_\_\_\_\_

Zasebnik \_\_\_\_\_

Delovno mesto    diagnostika    radioterapija    nuklearna medicina    študent

drugo \_\_\_\_\_

Nezaposlen(-a) \_\_\_\_\_

**DOSEŽENA IZOBRAZBA**

Višja šola \_\_\_\_\_ leto dipl.

Visoka šola \_\_\_\_\_ leto dipl.

Podiplomski študij \_\_\_\_\_ leto zaključka

Specializacija \_\_\_\_\_

**Ste član Zbornice radioloških inženirjev Slovenije?**    da    ne

Podpisani (-a) se včlanjujem v Društvo radioloških inženirjev Slovenije, strinjam se z njegovim Statusom in se obvezujem, da bom redno plačeval (-a) članarino.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

## **SOGLASJE\***

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_, zaposlen/a  
(točen naziv ustanove, kjer ste zaposleni) \_\_\_\_\_,  
sem član Društva radioloških inženirjev Slovenije in soglašam, da se mi od  
\_\_\_\_\_ (vpišite mesec in leto), članarina za društvo mesečno odtegne  
od moje plače.

Obvezujem se, da bom vsako spremembo svojih podatkov javil/a tajniku društva.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

\* Vaše soglasje potrebujemo za ureditev plačila mesečne članarine v vaši kadrovski službi.

Vljudno vas prosimo, da izpolnjeno soglasje skupaj s prijavnico v DRI pošljete v kuverti na naslov: Društvo radioloških inženirje Slovenije, Zaloška 2, 1000 Ljubljana