**PRISTUPNICA**

**U HRVATSKU UDRUGU TEHNOLOGA U NUKLEARNOJ MEDICINI**

IME I PREZIME PRISTUPNICE/KA:

STRUKA:

OIB:

DATUM ROĐENJA:

E-MAIL:

TELEFON:

KATEGORIJA ČLANSTVA:

Pristupom u članstvo Hrvatske udruge tehnologa u nuklearnoj medicini (HUTNM), prihvaćam i sve obveze djelovanja i ponašanja u skladu sa Statuom HUTNM-a.

DATUM PRISTUPANJA UDRUZI:

VLASTORUČNI POTPIS: