



УДРУЖЕЊЕ  
ОФТАЛМОЛОГА  
СРБИЈЕ

## Приступница за чланство у Удружење офталмолога Србије

Име и презиме: \_\_\_\_\_

Датум рођења: \_\_\_\_\_

Број лиценце: \_\_\_\_\_

Матични број (ЈМБГ): \_\_\_\_\_

Звање

- Лекар на специјализацији
- Специјалиста
- Магистеријум
- Академске специјалистичке студије
- Докторат
- Примаријус
- Академско звање

Матични центар  
(место запослења) \_\_\_\_\_

Адреса матичног центра  
(улица и број, поштански број и град) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

Потпис:

\_\_\_\_\_