



## PRAKTIČARI REKONEKTIVNOG ISCELJIVANJA

### PRISTUPNICA

Ime: \_\_\_\_\_ Prezime: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ JMBG: \_\_\_\_\_

Adresa i mesto stanovanja: \_\_\_\_\_

Telefon (stan): \_\_\_\_\_ mobilni: \_\_\_\_\_

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

Zanimanje: \_\_\_\_\_

Ustanova/preduzeće zaposlenja: \_\_\_\_\_

Nivo I/II Rekonektivno isceljivanje \_\_\_\_\_  
datum i mesto pohađnja seminara

Nivo III Rekonekcija \_\_\_\_\_  
datum i mesto pohađnja seminara

Potpis podnosioca pristupnice:

\_\_\_\_\_

**Potpisivanjem ove pristupnice član potvrđuje da je upoznat sa Statutom i ostalim aktima Udruženja i da ih kao takve prihvata.**

Datum i mesto prijema pristupnice: \_\_\_\_\_

Potpis primaoca pristupnice: \_\_\_\_\_