



ПРИСТУПНИЦА

Друштву Хомеопата Србије

ИМЕ, ИМЕ ОЦА И ПРЕЗИМЕ: _____

ДАТУМ РОЂЕЊА: _____

ПРОФЕСИОНАЛНО ЗВАЊЕ: _____

ХОМЕОПАТСКА ШКОЛА која је завршена

И ТРАЈАЊЕ ЕДУКАЦИЈЕ/БРОЈ ЧАСОВА: _____

АДРЕСА ПРЕБИВАЛИШТА: _____

БРОЈ ТЕЛЕФОНА: _____

E-MAIL: _____

Место и датум: _____ Потпис: _____

Да ли сте сагласни да се Ваши подаци (име и презиме, место пребивалишта, хомеопатска едукација и адреса електронске поште) унесу у Регистар редовних чланова ДХС и ставе на јавни увид? _____

Попуњавањем, потписом и/или повратним електронским слањем непотписаног обрасца ДХС-у, потврђујем да прихватам циљеве, услове, права и обавезе чланства у ДХС.