



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 из Регистра редовних чланова ДХС (име и презиме, место пребивалишта, хомеопатска едукација и адреса електронске поште) ставе на јавни увид? _____

Да ли сте сагласни са јавним објављивањем фотографија и видео снимака са ДХС догађаја на којима се лично видите? _____

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