

ZAMOLBA ZA PRIJEM U ČLANSTVO HRVATSKOG DRUŠTVA KLINIČKIH EMBRIOLOGA

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Naziv ustanove i adresa: _____

OIB: _____

E-mail: _____

Telefon / Mobitel: _____

Izjavljujem da sam/smo upoznat/upoznata/upoznati sa Statutom i svim pravilima Društva te prihvaćam sve obveze i prava koja proizlaze iz članstva udruge HDKE-a.

U Zagrebu,

Datum: _____

Potpis:

*Traženi podaci prikupljaju se, obrađuju i pohranjuju za potrebe Registra članova u skladu sa Zakonom o udrugama (NN 74/2014). Društvo HDKE-a postupat će s osobnim podacima u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka 678/2016 EU, Zakonom o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (GDPR) (NN 42/18).

Hrvatsko društvo kliničkih embriologa

Predsjednik: mr.sc. Dejan Ljiljak, Potpredsjednik: Davor Štimac, mag.biol., Tajnik: dr.sc. Kristina Čavlović

Matični broj: 2647583 :: OIB: 88755446642 :: IBAN HR702360001102173250 SWIFT ZABA HR2X

E-mail: info@hdke.hr, Web: www.hdke.hr

Adresa: Klinika za ženske bolesti i porodništvo (za HDKE), KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska c. 29, 10000 Zagreb