

## PRISTOPNA IZJAVA

Ime in priimek:	
Datum in kraj rojstva:	
Naslov:	
Pošta :	
Kraj:	
Zaposlitev pri:	
Sedež organizacije:	
Telefon:	
Faks:	
Elektronska pošta:	
Izobrazba:	
Delovno mesto:	

**Izjavljam,**

**da se prostovoljno včlanjujem v DENS - Sindikat zobozdravnikov Slovenije in sprejemam statut in program sindikata.**

V \_\_\_\_\_ , dne \_\_\_\_\_

Datum včlanitve: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_