ASOCIJACIJA LABORATORIJSKIH I

SANITARNIH I ZDRAVSTVENIH

PROFESIONALACA BiH

Bolnička 25, 71000 Sarajevo

P RI S T U P N I C A

za prijem u članstvo ALISZP

Ime i prezime: Click here to enter text.

Broj LK i mjesto izdavanja: Click here to enter text.

Adresa stanovanja: Click here to enter text.

Poštanski broj i grad: Click here to enter text.

Kontakt telefon: Click here to enter text.

E-mail: Click here to enter text.

Obrazovanje i zanimanje:Click here to enter text.

*Naziv radne ustanova:*Click here to enter text.

*Adresa:* Click here to enter text.

*Poštanski broj i grad:* Click here to enter text.

*Država:*Click here to enter text.

Članstvo za Click here to enter text.godinu.

Datum podnošenja zahtjeva: Potpis:

Click here to enter text. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_