

**Pooblastilo – soglasje za včlanitev v EFLM Akademijo**

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv  |  |
| Ime in priimek |  |
| Datum rojstva |  |
| Spol |  |
| Državljanstvo |  |
| Izobrazba |  |
| Datum specialističnega izpita \* |  |
| **Podatki o zaposlitvi** |
| Ustanova |  |
| Oddelek |  |
| Ulica in številka |  |
| Poštna številka |  |
| Mesto |  |
| Država |  |
| Telefon |  |
| e-naslov |  |

\**za specialiste medicinske biokemije*

*S podpisom soglašam, da SZKKLM v mojem imenu opravi vpis v EFLM Akademijo ter EFLM Register. Soglasje velja do pisnega preklica. V primeru, če član SZKKLM ni specialist medicinske biokemije, SZKKLM opravi samo vpis v EFLM Akademijo.*

**Datum:**

**Podpis:**