



PRISTOPNA IZJAVA ZA ČLANSTVO V ZBORNICI – ZVEZI

OSEBNI PODATKI

Ime in priimek: _____ Dekliški priimek: _____
Datum rojstva: _____ Kraj rojstva: _____
Državljanstvo: _____
Telefon: _____ E-pošta: _____
Naslov stalnega bivališča: _____
Naslov začasnega bivališča: _____

PODATKI O ZAPOSLOTVI/ STATUSU (ustrezno označite)

☐ Zaposlen/a v/pri (navedite polni naziv): _____

Delovno mesto
(oddelek): _____

☐ Upokojenec/ ka

☐ Brezposeln/ na

PODATKI O NAJVIŠJI PRIDOBLENI IZOBRAZBI (ustrezno obkrožite)

☐ bolničar negovalec ☐ SMS/ZT/TZN ☐ viš. med. ses./viš. med. teh.
☐ dipl. m. s./dipl. zn. ☐ dipl. bab. ☐ mag. zdr. neg.

Drugo: _____

ČLANSTVO V ZBORNICI – ZVEZI IN V STROKOVNEM DRUŠTVU (ustrezno obkrožite)

1. DMSBZT Celje	5. DMSBZT Maribor	9. DMSBZT Ptuj-Ormož
2. DMSBZT Gorenjske	6. DMSBZT Nova Gorica	10. DMSBZT Koroške
3. DMSBZT Koper	7. DMSBZT Novo Mesto	11. DMSBZT Velenje
4. DMSBZT Ljubljana	8. DMSBZT Pomurje	

NAČIN PLAČEVANJA ČLANARINE (ustrezno obkrožite)

Mesečna članarina znaša 0,6% od bruto osebnega dohodka in jo lahko plačujete na dva načina:

1. Mesečno članarino si zaračunavate sami. Podatke za nakazilo vam posredujemo ob vpisu.
2. V delovno organizacijo, kjer ste zaposleni, pošljemo dopis in tam pri obračunu vašega osebnega dohodka obračunajo znesek članarine in nam jo nakažejo.

Plačevanje članarine preko položnic ni mogoče, zaradi spremenljivega mesečnega zneska članarine. Izjema so upokojeni, ki imajo stalen znesek letne članarine.

Pomembno obvestilo!

Prosimo vas, da **podate dovoljenje** tudi **za spremembo podatkov**, ki se vodijo v **Registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege**.

V skladu z določili Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Uradni list RS, št. 3/16 in 62/16) je **izvajalec dolžan** o vsaki spremembi podatkov, ki se vodijo v registru obvestiti Zbornico – Zvezi v roku 30 dneh po nastopu spremembe.

☐ Dovoljujem, da se sprememba podatkov zavede v Registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege

Izjavljam, da so navedeni podatki v pristopni izjavi za članstvo v Zbornici - Zvezi resnični, točni in popolni.

S podpisom pristopne izjave postanem član/ica Zbornice – Zveze ter regijskega strokovnega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (RSD) in sprejemam pravice ter obveznosti, kot izhajajo iz Zakona o društvih (Uradni list RS, št. 64/11 – uradno prečiščeno besedilo in 21/18 – ZNOrg) in statuta ter drugih aktov Zbornice – Zveze in RSD. Izrecno soglašam, da Zbornica – Zveza ter RSD obdelujeta moje osebne podatke v skladu z veljavnim zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in uredbo GDPR, ter internimi akti Zbornice – Zveze ter RSD, in sicer za vse potrebe, ki izhajajo iz naslova članstva, vodenje evidence članstva, obveščanje o dejavnostih Zbornice – Zveze in RSD, o aktualnih vprašanjih na področju zdravstvene in babiške nege ter izobraževanjih in seminarjih s področja zdravstvene in babiške nege ter vodenje evidence strokovnih izobraževanj in izpopolnjevanj članov.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____