



VLOGA ZA VPIS V REGISTER

Priimek:				
Ime:				
Rojen/-a dne:		Kraj, država:		
Naslov stalnega prebivališča (ulica hišna št.):		Poštna številka, kraj, država:		Država:
Naslov za pošiljanje pošte (če ni enak naslovu stalnega prebivališča) (ulica hišna št.):		Poštna številka, kraj:		Država:
Telefon:		GSM:		
Elektronski naslov:		Davčna številka:		
Državljanstvo:		EMŠO:		

Spol: (ustrezno označi) moški ženski

Diplomiral/-a na med. fakulteti v:		dne:	
Nostrifikacija diplome v:		dne:	
Opravil/-a strokovni izpit v:		dne:	
Opravil/-a (dopolnilni) strokovni izpit v:		dne:	
Opravil/-a specializacijo iz:		dne:	
v kraju:			
Opravil/-a magisterij iz:		dne:	
v kraju:			
Opravil/-a nostrifikacijo magisterija:		dne:	
Opravil/-a doktorat iz:		dne:	
Opravil/-a nostrifikacijo doktorata v:		dne:	



Privolitveni obrazec glede obveščanja

Tedenski elektronski bilten Zdravniške zbornice Slovenija

(obvestila, povezana z zakonodajo in spremembami zakonodaje, informacije o razpisih specializacij, obvestila o izobraževanjih za kreditne točke in strokovnih srečanjih zbornice, obvestila o projektih zbornice, vabila na dogodke: javne tribune, pogovorne večere, glasbene in knjižne večere)

Želim prejemati bilten (ustrezno označi): DA NE

Obvestila in informacije Zdravniške zbornice Slovenije, ki so komercialne narave

(vabila na strokovna izobraževanja, konference in simpozije drugih organizatorjev, novice o zdravilih in medicinskih pripomočkih ter druga obvestila, za katere predvidevamo, da vas utegnejo zanimati)

Želim prejemati obvestila (ustrezno označi): DA NE

Obvestila o prostih delovnih mestih

(informacije o prostih delovnih mestih – splošno ali glede na mojo specializacijo)

Želim prejemati obvestila (ustrezno označi): DA NE

Datum: _____

Podpis: _____

TA OBRAZEC IZPOLNITE LE, ČE ŽELITE UVELJAVLJATI UGOVOR VESTI

Izjavo o uveljavljanju pravice do ugovora vesti lahko kadarkoli podate, jo spremenite ali umaknete.

Zakon o zdravniški službi v 49. členu določa, da lahko zdravnik odkloni zdravniški poseg, če presodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in če ne gre za nujno zdravniško pomoč. ([dodatna pojasnila](#))

Na podlagi 49. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, z nadaljnjimi spremembami in dopolnitvami) podajam

**IZJAVO O UVELJAVLJANJU
PRAVICE DO UGOVORA VESTI**

Podpisani/-a: _____

Datum rojstva: _____

izjavljam, da **UVELJAVLJAM** ugovor vesti v primeru naslednjega zdravniškega posega oz. posegov*:

**Primeri ustreznih in neustreznih ugovorov vesti ([dodatna pojasnila](#))*