

## Pristopna izjava k članstvu v združenju GIZ SPECIALISTI

### ■ Podatki o organizaciji

Naziv organizacije ali s.p. \_\_\_\_\_

Sedež \_\_\_\_\_

Glavna zdr. dejavnost \_\_\_\_\_

Matična številka \_\_\_\_\_ Davčna številka \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

### ■ Podatki o pooblašчени osebi

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Naslov stalnega bivališča \_\_\_\_\_ pošta \_ \_ \_ \_  
(ulica, hišna številka, poštna številka, pošta)

Elektronski naslov \_\_\_\_\_

Telefon, GSM \_\_\_\_\_

Funkcija v organizaciji \_\_\_\_\_

*S podpisom zagotavljamo, da izpolnjujemo pogoj za članstvo v Združenju organizacij zdravstvene dejavnosti GIZ, ki se glasi: Smo pravna oseba v zasebni lasti, ki deluje na področju zdravstvene dejavnosti kot koncesionar ali opravlja dejavnost na podlagi dovoljenja za delo na področju zdravstvene dejavnosti in ima glavno dejavnost registrirano za opravljanje specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti (86.220) ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti (86.100).*

Kraj: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis zakonitega zastopnika: \_\_\_\_\_

Žig: \_\_\_\_\_