



SRPSKO DRUŠTVO ISTRAŽIVAČA RAKA (SDIR)

PRISTUPNICA

Prezime i ime: _____

Datum i mesto rođenja: _____

Državljanstvo: _____

JMBG: _____

ADRESA:

Grad / Mesto: _____ Poštanski broj: _____

Ulica i broj: _____

Telefon, e-mail: _____

PODACI O ZAPOSLENJU:

Ustanova: _____

Grad: _____ Poštanski broj: _____

Ulica i broj: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Radno mesto: _____

PODACI O ŠKOLOVANJU:

Najviša završena škola/fakultet: _____

POSTDIPLOMSKE STUDIJE/DOKTORAT:

Naziv fakulteta/akademije: _____

Datum odbrane: _____

Znanje stranih jezika (kojih): _____

PODACI O NAUČNOM ILI STRUČNOM ZVANJU :

Zvanje: _____

Izjavljujem da sam upoznat(a) sa odredbama Statuta Srpskog društva istraživača raka i da iste prihvatam u celini.

U _____, _____ 20__ .

Potpis: _____