

## PRISTOPNA IZJAVA

<b>IME IN PRIIMEK</b>	
<b>NASLOV BIVALIŠČA</b>	
<b>ZAPOSILITEV</b> <i>(Navedite naziv delodajalca)</i>	
<b>ELEKTRONSKI NASLOV</b> <i>(za obveščanje)</i>	
<b>TELEFONSKA ŠTEVILKA</b>	

Podpisani /podpisana izjavljam, da sprejemam Statut FIDES, ki je objavljen na spletni strani ( <http://www.sindikاتفides.si> ).

V \_\_\_\_\_ , dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Podpis)

Podpisano izjavo posredujte na naslov: FIDES, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana ali skenirano na e- pošto: [fides@siol.net](mailto:fides@siol.net) ali [info@sindikاتفides.si](mailto:info@sindikاتفides.si).  
Telefonska številka: 01/ 43 25 028 ali 01/ 43 01 914.

Hvala za izkazano zaupanje!

**Zaupanje, vera, zvestoba, zanesljivost, poštenost, pomoč, varstvo, zaščita**