

**Pooblastilo – soglasje za včlanitev v EFLM Akademijo**

Naziv	
Ime in priimek	
Datum rojstva	
Spol	
Državljanstvo	
Izobrazba	
Datum specialističnega izpita	
<b>Podatki o zaposlitvi</b>	
Ustanova	
Oddelek	
Ulica in številka	
Poštna številka	
Mesto	
Država	
Telefon	
e-naslov	

*S podpisom soglašam, da SZKKLM v mojem imenu opravi vpis v EFLM akademijo ter EFLM Register. Soglasje velja do pisnega preklica. V primeru, če član SZKKLM ni specialist medicinske biokemije, SZKKLM opravi samo vpis v EFLM akademijo.*

**Datum:****Podpis:**