



HRVATSKO DRUŠTVO ZA LIJEČENJE BOLI  
HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA

# Obrazac prijave za članstvo u Hrvatskom društvu za liječenje boli

## 1. OSOBNI PODACI

Titula .....

Ime .....

Prezime .....

Kvalifikacije npr. medicinska diploma, itd.....

Kućna adresa .....

Grad ..... Poštanski broj .....

Broj telefona ..... Faks .....

E-mail adresa.....

Hrvatsko društvo za liječenje boli redovito komunicira sa svojim članovima putem e-maila.  
Molimo vas da svakako popunite ovo polje.

## 2. PODACI O ZAPOSLENJU

Trenutno radno mjesto (uključujući stupanj, specijalnost & odjel) .....

Naziv organizacije .....

Naziv bolnice .....

Adresa na poslu .....

Grad ..... Poštanski broj .....

Broj telefona ..... Faks .....

E-mail adresa (na poslu) .....

Hrvatsko društvo za liječenje boli redovito komunicira sa svojim članovima putem e-maila.  
Molimo vas da svakako popunite ovo polje.

Adresa za primanje pošte?                      **privatna**              **na poslu**              (molimo zaokružite)

Adresa za primanje e-maila?                      **privatna**              **na poslu**              (molimo zaokružite)

## 3. PODACI O SPECIJALIZACIJI

Molimo označite **samo jedno polje** da bi naveli svoju specijalističku obuku:

- |                                          |                                               |                                                     |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hitna pomoć     | <input type="checkbox"/> ortopedija           | <input type="checkbox"/> Ostala medicina – navedite |
| <input type="checkbox"/> anesteziologija | <input type="checkbox"/> oralna kirurgija     | .....                                               |
| <input type="checkbox"/> interna         | <input type="checkbox"/> pedijatrija          | .....                                               |
| <input type="checkbox"/> reumatologija   | <input type="checkbox"/> medicina boli        | .....                                               |
| <input type="checkbox"/> epidemiologija  | <input type="checkbox"/> palijativna medicina | .....                                               |
| <input type="checkbox"/> opća praksa     | <input type="checkbox"/> farmakologija        | .....                                               |
| <input type="checkbox"/> ginekologija    | <input type="checkbox"/> infektologija        | .....                                               |

- |                                                    |                                             |                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rehabilitacijska medicina | <input type="checkbox"/> urologija          | <input type="checkbox"/> Ostala ne medicinska – navedite |
| <input type="checkbox"/> kirurgija                 | <input type="checkbox"/> fizikalna medicina | .....                                                    |
| <input type="checkbox"/> neurologija               | <input type="checkbox"/> ORL                | .....                                                    |
| <input type="checkbox"/> neurokirurgija            | <input type="checkbox"/> psihijatrija       | .....                                                    |
| <input type="checkbox"/> zdravstvena njega         | <input type="checkbox"/> psihologija        | .....                                                    |
| <input type="checkbox"/> profesionalna terapija    | <input type="checkbox"/> MFK                | .....                                                    |

Je li vaše zaposlenje prvenstveno **kliničko** ili **znanstveno** (molimo zaokružite)

Jeste li povezani s ambulantom/klinikom za liječenje boli? **da – ne** (molimo zaokružite)

Ako jeste, i ako se razlikuje od vaše radne adrese, unesite detalje dolje:

Naziv ambulante/klinike za bol .....  
 .....

Adresa .....

Grad ..... Poštanski broj .....

Broj telefona ..... Faks. ....

Koliko dana u tjednu provedete radeći na liječenju boli? .....

(Pomaže nam ocijeniti broj stalno zaposlenih djelatnika na liječenju boli u našoj bazi podataka)

Ako ste trenutno u tijeku obrazovanja, u kojoj godini predviđate da ćete završiti obrazovanje? **20\_ \_**

#### 4. OPĆE INFORMACIJE

Jeste li član IASP? **da – ne** (molimo zaokružite)

Obrasci za pridruživanje IASP-u su dostupni na web stranicama IASP-a ([www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)). Članstvo u Hrvatskom društvu za liječenje boli znači da ćete biti član Hrvatskog ogranka Međunarodnog udruženja za proučavanje boli (IASP), ali ne i član IASP-a.

#### 5. GODIŠNJA ČLANARINA

Godišnja članarina u Hrvatskom društvu za liječenje boli iznosi 150,00 kuna. Članska godina traje od 1. siječnja do 31. prosinca, bez obzira na doba ućlanjenja. Članarina se obnavlja na godišnjoj bazi.

Molimo vas da vašu prvu članarinu uplatite općom uplatnicom (*primjer za ispunjavanje uplatnice prilažemo na sljedećoj stranici*) te da nam **potvrđenu kopiju uplatnice pošaljete poštom, telefaksom ili e-mailom zajedno sa ispunjenim obrascem prijave** na:

##### Hrvatsko društvo za liječenje boli HLZ-a

KBC Osijek, J. Huttlera 4, 31 000 Osijek

Tel: 031 511 532, faks: 031 512 237

E-mail: [hdlb@hdlb.org](mailto:hdlb@hdlb.org) Internet: [www.hdlb.org](http://www.hdlb.org)



**Ako imate bilo kakvih pitanja, molimo kontaktirajte naše tajništvo na 031 511 532 ili na [hdlb@hdlb.org](mailto:hdlb@hdlb.org)**

Datum ..... Potpis podnositelja prijave .....

## 6. PRIMJER ZA ISPUNJAVANJE OPĆE UPLATNICE

Staviti križić u kvadratić uplata

Hitnost  PRIJENOS  **NALOG ZA PLAĆANJE UPLATA**  ISPLATA

<b>IZNOS</b> kn		= 1 5 0 0 0
<b>PLATITELJ:</b> naziv (ime) i adresa IME I PREZIME ADRESA STANOVANJA		Model _____ Broj računa platitelja _____ Poziv na broj zaduženja _____
<b>PRIMATELJ:</b> naziv (ime) i adresa HLZ-HDLB J.HUTTLERA 4 31 000 OSIJEK		Model _____ Broj računa primatelja _____ 2 3 6 0 0 0 0 - 1 4 0 0 1 3 6 8 6 2 Poziv na broj odobrenja _____
Statističko obilježje	Sifra opisa plaćanja	Opis plaćanja
		Članarina Hrvatskog društva za liječenje boli za 2012. godinu
Datum valute/uplate/isplate	Ovjera nalogodavca	Ovjera banke
Datum podnošenja		
Potpis primatelja		

Obr. HUB 1- NARODNE NOVINE d.d. - 30-0486 (66)