



HRVATSKO DRUŠTVO ZA LIJEČENJE BOLI
HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA

Obrazac prijave za članstvo u Hrvatskom društvu za liječenje boli

1. OSOBNI PODACI

Titula

Ime

Prezime

OIB

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 prethodno 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) . 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 učlanjenja . Članarina se obnavlja na godišnjoj bazi .

Molimo vas da vašu prvu članarinu uplatite općom uplatnicom (*primjer za ispunjavanje uplatnice prilažemo na sljedećoj stranici*) ili *Internet bankarstvom* 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 Internet: www .hdlb .org



Ako imate bilo kakvih pitanja, molimo kontaktirajte naše tajništvo na 031 511 532 ili na hdlb@hdlb.org

Datum Potpis podnositelja prijave

6. PRIMJER ZA ISPUNJAVANJE OPĆE UPLATNICE

UNIVERZALNI NALOG ZA PLAĆANJE					
PLATITELJ (naziv/ime i adresa):		Hitno: <input type="checkbox"/>	Valuta plaćanja: H R K	Iznos: <input type="text"/>	= 1 5 0,0 0
IME I PREZIME ADRESA STANOVANJA		IBAN ili broj računa platitelja: <input type="text"/>			
		Model: <input type="text"/>		Poziv na broj platitelja: <input type="text"/>	
IBAN ili broj računa primatelja: H R 7 4 2 3 6 0 0 0 1 1 0 1 2 1 4 8 1 8					
PRIMATELJ (naziv/ime i adresa):		Model: <input type="text"/>		Poziv na broj primatelja: 2 6 8 - 8 7 7 .	
HLZ DRUŠTVO ZA LIJEČENJE BOLI ŠUBIĆEVA 9 10000 ZAGREB		Šifra namjene: <input type="text"/>		Opis plaćanja: ČLANARINA ZA 2015. g. ZA HRVATSKO DRUŠTVO ZA LIJEČENJE BOLI HLZ-a	
		Datum izvršenja: <input type="text"/>			
BIC ili naziv banke primatelja: <input type="text"/>		Primatelj (osoba): <input type="checkbox"/> Fizička <input type="checkbox"/> Pravna <input type="checkbox"/>		Pečat korisnika PU <input type="text"/>	
Valuta pokrivača: <input type="text"/>		Troškovna opcija: BEN <input type="checkbox"/> SWA <input type="checkbox"/> OUR <input type="checkbox"/>		Potpis korisnika PU <input type="text"/>	

Obr. HUB 3