



Veterinarska zbornica
Slovenije

KOMISIJA ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO KONJ

PRISTOPNA IZJAVA ZA VČLANITEV V KOMISIJO ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO KONJ PRI VETERINARSKI ZBORNICI SLOVENIJE

Spodaj podpisani/a _____, dr. vet. med., zaposlen/a v

moj telefon: _____, e-pošta: _____

izjavljam, da želim postati član Komisije za zdravstveno varstvo konj pri Veterinarski zbornici Slovenije in sprejemam pravila določena v Pravilniku o delu Komisije za za zdravstveno varstvo in reprodukcijo kopitarjev.

Moj kontaktni e-naslov: _____.

Podpis: _____

Kraj in datum: _____