

**PRIHLÁŠKA ZA ČLENA ASOCIÁCIE UČITEĽOV A ŠTUDENTOV  
LEKÁRSKYCH FAKÚLT**

Meno a priezvisko: .....

Tituly: .....

Profesionálna pozícia (študenti prípadné funkcie): .....

Špecializácia (študenti študijný program): .....

Dátum narodenia: .....

Adresa bydliska: .....

Adresa pracoviska (študenti adresa fakulty): .....

telefonické kontakty (najlepšie mobilný): .....

e-mail: .....

fax: .....

Prihlášku prosím zasielajte na adresu:

Asociácia učiteľov a študentov Lekárskych fakúlt

Dekanát UPJŠ Lekárskej fakulty

Trieda SNP 1

040 11 Košice