



S i N A P S A

SLOVENSKO DRUŠTVO ZA NEVROZNAVOST
SLOVENIAN NEUROSCIENCE ASSOCIATION

Podpisana(i).....
(ime in priimek)

iz
(delovni naslov)

želim postati redni študentski član SiNAPSE, slovenskega društva za nevroznanost.

Seznanjen(a) sem in soglašam s statutom društva (<http://www.sinapsa.org>).

Moji kontaktni podatki so:

telefon:

telefaks:

e-pošta:

želim ne želim, da se moji podatki objavijo v seznamu članov na spletnih straneh SiNAPSE.

Datum in kraj:

Lastnoročni podpis:

Podpisi podpore dveh članov društva:

.....
(ime in priimek)

.....
(ime in priimek)

.....
(podpis)

.....
(podpis)