



CERERE DE ÎNSCRIERE în Asociația de Reproducere Umană

Subsemnatul/a _____
(Nume) (Prenume)

Medic (de completat
specialitatea).....

Specialist

Primar

Rezident

Pensionar

Cadru didactic UMF

Doctorat

Doctorand

Alte profesioniști din Sănătate (biologi, moașe) _____

Cod parafă |_|_|_|_|_|_|_|_|

CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresă domiciliu _____
(localitate) (strada) (nr) (bloc, scara, apartament)

Loc de muncă _____
(denumire unitate) (adresă unitate)

Modalități de contact

Telefon mobil _____

Doresc să primesc anunțurile prin newsletter !

Adresă e-mail _____@_____._____

Solicit prin completarea și semnarea prezentei cereri înscrierea ca Membru al Asociației de Reproducere Umană.

Sunt de acord cu prelucrarea electronică a datelor conținute în această cerere și declar că voi anunța în termen de 30 de zile orice schimbare a acestor date.

Declar că am luat la cunoștință Statutul Asociației de Reproducere Umană, pe care mă oblig să-l respect.

Data _____

Semnătura _____