

FORMULAR DE ADEZIUNE

- Asociația Dentară Română pentru Educație –

NUME PRENUME CNP

Adresa cabinet
.....

Oraș Țara Cod Postal

Telefon Adresa email.....

Studii Universitare..... Diploma Anul
absolvirii

Specializarea: stomatologie generală chirurgie dento-alveolară
 chirurgie OMF ortodonție

Studii postuniversitare
Anul absolvirii

Sunteți implicat în momentul de față într-un program de studii postuniversitar?

Da

Nu

Dacă Da, specificați instituția / programul:

.....
Doresc să devin membru al **Asociației ADRE** prin achitarea cotizației de:

25 RON medic primar / 1 lună

15 RON medic specialist / 1 lună

Am luat cunoștință de prevederile Actului Constitutiv, ale Statutului Asociației Dentare Române pentru Educație din România și ale Regulamentelor Interne pe care le accept fără rezerve.

Mă angajez să achit cotizația anuală de

Doresc prin prezenta să fiu acceptat ca membru al **Asociației ADRE**.

Datele de înscriere pot fi folosite strict pentru uzul intern al **Asociației ADRE**.

Data

Semnătura



ADRE

Asociația Dentară Română
pentru Educație

Asociația Dentară Română pentru Educație

Adresa: Str. Mihail Kogălniceanu, Nr. 9, Iași, România

CIF: 24494220

CONT: RO64 BRDE 240S V073 4740 2400

Telefon: 0735 523 366

Web: adre.ro

E-mail: secretariat@adre.ro
