

FORMULAR DE ADEZIUNE

- Asociația Societatea Română de Reabilitare Orală -

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 SRRO** prin achitarea cotizației de:

25 RON medic primar / 1 lună

15 RON medic specialist / 1 lună

Având statutul de membru al **Asociației SRRO** și cotizația achitată la zi, doresc să devin membru **EUROPEAN PROSTHETIC ASSOCIATION**.

Da

Nu

Cotizație EPA pentru membri:

70 euro / an (ce include abonamentul la **European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry**)

40 euro / an fără abonament la revista **EPA**

Am luat cunoștință de prevederile Actului Constitutiv, ale Statutului Societății Române de Reabilitare Orală 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 SRRO**.

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

Data

Semnătura