

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHIATRIE A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI ȘI PROFESII ASOCIATE (ARPCAPA)



CERERE DE ADEZIUNE

Subsemnatul/a

solicit înscrierea în ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE PSIHIATRIE A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI ȘI PROFESII ASOCIATE (ARPCAPA).

Cunosc că taxa de înscriere este de 15 RON, iar cotizația anuală este de 200 RON pentru medicii primari, medicii specialiști și 100 RON pentru medicii rezidenți și profesiile asociate și sunt de acord cu plata acestora.

Comunic mai jos datele mele personale și sunt de acord cu gestionarea acestora de către Asociație, fără ca Asociația să le poată prelucra sau comunica unor terțe părți.

Nume și prenume.....

Data și locul nașterii

Adresa.....

CI/BI Seria Nr.....eliberat de.....

la data.....CNP.....

Profesie.....

Loc de muncă.....

Adresa de corespondență.....

Nr. telefon.....Fax.....

E-mail.....

Data

Semnătura