

ADEZIUNE

Subsemnatul/subsemnata,
CNP, posesor al CI seria nr,
medic (gradul profesional) în specialitatea
....., cunoscând scopurile Asociației și prevederile
statutare, doresc să ader la Asociația Profesională a Medicilor de Ambulator.

Menționez că îmi desfășor activitatea în cadrul

Date de contact:

- Telefon:
- Email:

Data:

Semnătura:

.....

Notă: Asociația Profesională a Medicilor de Ambulator declară că în conformitate cu prevederile GDPR că nu va folosi datele personale ale membrilor săi în scopuri comerciale și nici nu le va furniza către terți.

Codul IBAN al APMA pentru plata cotizațiilor este:

RO49 BTRL 0430 1205 A664 72XX, BANCA TRANSILVANIA, SUCURSALA UNIRII