



**SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PROTETICĂ DENTARĂ MAXILO-FACIALĂ**

**Clinica de Protetică** Str Ionel Perlea Nr.12

Sector 1 Bucuresti,

Telefon (+4021) 313 93 12

Fax : ((+4021) 313 93 12

[contact@societateprotetica.ro](mailto:contact@societateprotetica.ro), [www.societateprotetica.ro](http://www.societateprotetica.ro)

## A D E Z I U N E

Subsemnatul(a).....CNP.....  
absolvent(ă) din anul ..... al (a) Facultății.....  
din cadrul .....titlul profesional.....  
titlul didactic ..... doctor în medicină din anul .....  
în prezent pensionar  / rezident  / tehnician  , locul de muncă .....  
..... cabinet .....  
domiciliat în localitatea ..... jud (sect ) .....  
str.....nr. ....bloc..... scara .....ap.....  
tel. fix acasă: .....tel. mobil :.....  
tel. serviciu :.....email:.....  
solicit înscrierea în Societatea Română de Protetică Dentară și Maxilo-Facială cu sediul în  
București, Str. Ionel Perlea Nr. 12, cod poștal 010209.

Atașez copie după dovada achitării cotizației pentru anul 2012 în cont IBAN:  
RO03 BRDE 410S V027 8462 4100 deschis la Banca BRD – Sucursala Academiei, București.

Data

Semnătura și parafa