



SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PROTETICĂ DENTARĂ MAXILO-FACIALĂ

Clinica de Protetică, Facultatea de Medicina Dentară

Str Ionel Perlea, Nr.12, Sector 1 Bucuresti, cod poștal 010209

Tel (+4021) 313 93 12

Fax (+4021) 313 93 12

contact@societateprotetica.ro, www.societateprotetica.ro

A D E Z I U N E

Subsemnatul(a).....CNP.....
absolvent(ă) din anul al (a) Facultății.....
din cadrultitlul 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..... scaraet.....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 20__ în cont IBAN:
RO03 BRDE 410S V027 8462 4100 deschis la Banca BRD – Sucursala Academiei, București.

Data

Semnătura și parafa