

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.

Conform Hotărârii AG din 27.09.2019, cuantumul cotizației anuale a fost stabilit la suma de 360 lei (1 leu pe zi!)

Codul IBAN al APMA pentru plata cotizațiilor este:

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

ÎMPREUNĂ SUNTEM MAI MULT DECÂT O FORȚĂ!