



SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE A MÂINII

CERERE ÎNSCRIERE MEMBRU NOU SRCM

Vă rugăm să completați formularul de mai jos cu datele dumneavoastră:

NUME:

PRENUME:

NIVEL DE PREGĂTIRE:

GRAD ACADEMIC:

SPECIALITATE:

ȚARA:

LOCALITATEA:

UNITATEA SANITARĂ:

NR. TELEFON:

ADRESĂ E-MAIL:

Subsemnatul/a doresc
să mă înscriu ca membru al Societății Române de Chirurgie a Mâinii

Data

Semnătura

.....

.....