

***Domnule Președinte,***

*Subsemnatul / Subsemnata Dr. \_\_\_\_\_,*

*medic \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_*

*va rog sa-mi aprobați înscrierea în Societatea Română de Cardiologie.*

*Adresa pentru corespondență este \_\_\_\_\_*

*Menționez că sunt de acord cu condițiile de înscriere<sup>\*)</sup>*

*Data,*

*Semnătura,*

---

<sup>\*)</sup> Condiții de înscriere:  
Taxă înscriere: 50 RON; Cotizație anuală: 175 RON  
membru activ (specialitate cardiologie) / membru asociat  
(altă specialitate); 75 RON medic rezident  
Plata se face în lei, la cursul zilei BNR, astfel:  
- Prin virament COD IBAN RO69 RNCB 5101 0000  
0897 0001, BCR Sucursala Unirea  
- La sediul Societății Române de Cardiologie,  
Sos.Fundeni 258, sector 2, 022328 București

*Domnului Președinte al Societății Române de Cardiologie*