

Domnule Președinte,

Subsemnatul / Subsemnata Dr. _____, născut(ă) la data

de _____ medic _____ la _____
[gradul profesional și specialitatea] [Institutia / adresa / tel./fax]

_____ Cod parafă

_____ vă rog să-mi aprobați înscrierea în Societatea Română de Cardiologie.

Date contact: Adresa pentru corespondență: _____
[județ / oraș / cod poștal / strada / nr. / bl. / apt.]

Tel. / Mb. / Fax: _____

E-mail: _____

Menționez că sunt de acord cu condițiile de înscriere^{)}*

Data,

Semnătura și parafa,

^{*)} Condiții de înscriere

Taxă înscriere: 50 RON; Cotizația anuală: 175 RON membru activ (specialitate cardiologie) / membru afiliat (altă specialitate); 75 RON medic rezident.

Plata se face astfel:

- Prin virament în Cod IBAN **RO42 BTRL 0410 1205 M664 76XX** deschis la **Banca TRANSILVANIA - Sucursala Lipscani, Agentia Cotroceni Divizia pentru Medici (C.I.F. 5679116) sau**

- La sediul Societății Române de Cardiologie, Str. Avrig 63, sect.2, 021578 Bucuresti

Domnului Președinte al Societății Române de Cardiologie