

CERERE DE ÎNSCRIERE

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

Vă rugăm să completați acest formular:

Nume _____ Prenume _____

Domiciliat în _____ Jud./Sect.

Specialitatea Medicală

1 _____

Specialitatea Medicală

2 _____

Ultima instituție de învățământ absolvită

Loc (uri) actual de muncă și funcția

Telefon _____ e-mail _____

Sunt de acord ca ARSPMS să colecteze și să prelucreze datele mele cu caracter personal

Am înțeles această declarație de consimțământ și sunt de acord cu colectarea și prelucrarea datelor mele personale în scopurile descrise în formularul GDPR.

Data

Nume, prenume / Semnătură



Detalii de plată online:

Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar (ARSPMS),
IBAN **RO34RNCB0082044185530001** deschis la Banca Comercială Română
Cu mențiunea "Cotizație Nume, Prenume, An"

*vă rugăm să ne transmiteți confirmarea tranzacției pe arspms@gmail.com