



ASOCIATIA DE NEONATOLOGIE DIN ROMANIA

FORMULAR DE INSCRIERE

în

ASOCIAȚIA DE NEONATOLOGIE DIN ROMÂNIA

Subsemnatul/a _____, născut/ă la data de: ____/____/____,
având datele de contact: telefon: _____, email _____@_____.

în calitate de:

medic primar medic specialist medic rezident

Specialitatea: Neonatologie Pediatrie alta _____

asistent medical generalist moașă licențiată,

având locul de muncă la _____,
localitatea _____, județul _____,

prin semnarea prezentului formular, declar ca doresc înscrierea/păstrarea calității de membru
în anul 2023 în Asociația de Neonatologie din România.

Semnătura: _____

Data: _____