

CĂTRE
SOCIETATEA TIMIȘ DE MEDICINA FAMILIEI

Subsemnatul/Subsemnata....., CNP
....., legitimat/legitimată cu CI seria nr., emisă la
data de de, domiciliat/domiciliată în localitatea
....., str. nr....., bl.,
sc., et., ap., județul/sectorul, tel.....,
fax....., e-mail....., vă solicit înscrierea în asociația
SOCIETATEA TIMIȘ DE MEDICINA FAMILIEI, începând cu data achitării cotizației
pentru 3 luni, conform dovezii(OP sau chitanța)

Data

Semnătura