

ADEZIUNE ASOCIAȚIA TRANSILVANĂ DE MEDICINA MUNCII

Subsemnatul(a)..... cu domiciliul în
strada, nr....., bloc....., scara....., etaj....., ap....., județ,
posesor(are) a BI / CI seria, nr....., eliberat(ă) la data de
de către, având cod numeric personal, vă rog să
aprobați înscrierea mea în rândul membrilor Asociației Transilvane de Medicina Muncii.

Data:.....

Semnătura.....

Telefon :

E-mail:

Subsemnatul(a).....cu datele personale menționate mai sus, prin
prezenta recunosc că am luat cunoștință de prevederile Statutului ASOCIAȚIEI TRANSILVANE DE
MEDICINA MUNCII și sunt de acord să îl respect.

Mă angajez să promovez obiectivele asociației, să particip și să susțin activitățile acesteia, să
respect normele de etică profesională și conduită morală. Mă voi abține de la orice acțiune care
dăunează prestigiului și intereselor asociației și a membrilor ei.

Data:.....

Semnătura.....

Aprob:

Președinte