



FIȘĂ DE ÎNSCRIERE

CURS POSTUNIVERSITAR

Titlul cursului: _____

Perioada de desfășurare: _____

Numele și prenumele cursantului _____

Data nașterii: Anul (în cifre) _____ luna (în litere) _____ ziua (în cifre) _____

C.U.I.M. (pentru medicii membri CMR) _____

Locul nașterii: Localitatea _____ județul _____

Nr. telefon: _____ adresa email: _____

Anul absolvirii facultății _____

Denumirea universității care a eliberat diploma de licență _____

Locul de muncă al cursantului _____

Specialitatea în care este medic / farmacistrezident, specialist, primar _____

Gradul profesional și gradul didactic _____

Forul superior al unității la care lucrează (Minister) _____

(SCOPUL PRELUCRĂRII: Menținerea legăturii atât pe parcursul cursului, cât și după, în cazul în care este necesar)

Declar pe propria răspundere că datele completate sunt în conformitate cu realitatea și actele originale.

Data _____

Semnătura _____

PLATA: nr. chitanță/data _____

Suma achitată în RON _____

*Copia cărții de identitate se anexează prezentului formular.

