SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE

FORMULAR

☐ **ÎNSCRIERE (*membru nou*) 2017** ☐ **REÎNSCRIERE 2017**

Cotizația include și un abonament anual la Revista CHIRUGIA! Pentru a primi această revistă pe adresa dorită vă solicităm să trimiteți formularul (COMPLETAT LIZIBIL PE TOATE RUBRICILE) prin poștă, fax sau e-Mail la datele de contact afișate în subsolul paginii.

Date publice de contact: *(la momentul completării formularului)*

NUME _____

PRENUME _____

Instituția Medicală _____ **Funcția administrativă** _____ *(șef secție sau șef clinică)*

Clinica _____ **Adresa instituției** _____

_____ **Localitatea** _____ **Județ/Sector** _____

Telefon instituție _____ **Fax instituție** _____ **e-Mail instituție** _____

Grad didactic și profesional: *(marcați **DOAR** stadiul actual al nivelului dvs. didactic și profesional)*

☐ **Preparator universitar** din anul _____

☐ **Asistent universitar** din anul _____

☐ **Șef de lucrări** din anul _____

☐ **Conferențiar universitar** din anul _____

☐ **Profesor universitar** din anul _____

☐ **Doctor în științe medicale** din anul _____

☐ **Medic rezident** din anul _____

☐ **Medic specialist** din anul _____

☐ **Medic primar** din anul _____

Competențe profesionale: ***(a doua specializare)***

Denumire specializare _____ **Dobândită în anul** _____ **Instituția de învățământ** _____

Denumire specializare _____ **Dobândită în anul** _____ **Instituția de învățământ** _____

Denumire specializare _____ **Dobândită în anul** _____ **Instituția de învățământ** _____

Membru în alte societăți cu caracter științific sau profesional ***(naționale sau internaționale)***

_____

_____

(completați cu majuscule denumirea societăților unde dvs. sunteți membru și țara în care această societate își desfășoară activitatea)

Doresc să primesc REVISTA CHIRURGIA pe adresa: _____

Localitatea _____ **Județ/Sector** _____ **Cod poștal** _____

Pentru diverse anunțuri sau solicitări / detalii pot fi contactact de către Societatea Română de Chirurgie la numărul de telefon

_____ **sau la adresa de e-Mail** _____

(telefon oficial/public de contact) *(adresa e-mail oficială/publică de contact)*

Achit cotizația în calitate de:

☐ **Medic specialist sau primar: 130 euro până la data 28.02.2017 (taxă redusă) sau 170 euro după 28.02.2017**

☐ **Medic rezident: 40 euro până la data 28.02.2017 (taxă redusă) sau 50 euro după 28.02.2017**

Suma va fi achitată în lei la cursul BNR din data plății. ***Suma totală*** ☐☐☐☐☐☐☐ ***RON***

Cotizația va fi depusă în contul **"SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE - BRD SUCURSALA DECEBAL BUCUREȘTI - CONT RO63BRDE441SV04692534510",** cod fiscal 8611212 cu mențiunea "cotizație pentru anul 2017"**; copia chitanței, cu NUMELE LIZIBIL AL COTIZANTULUI și formularul vor fi trimise prin fax sau expediate prin poștă pe adresa SRC ori prin e-Mail la adresa secretariat@srchirurgie.ro**

_____ *Semnătură*

_____ *Data*

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE
Str.Ion Câmpineanu 33, Bl.3 sc.1 Et.2 Ap.7 - București, sector 1
Telefon & Fax. 021.313.01.92 Mobil: 0721.322.089 e-Mail: secretariat@srchirurgie.ro