



CONFERINȚA NAȚIONALĂ A MEDICILOR REZIDENȚI
Specialitatea Dermatovenerologie

ReziDerma

Ediția a IV-a

SIBIU, Hotel „IBIS”

24 – 26 martie 2017

FORMULAR DE ÎNREGISTRARE*

NUME PRENUME CNP

REZIDENT DERMATO-VENEROLOGIE AN : I II III IV V

UNITATEA MEDICALĂ

ADRESA DE CORESPONDENȚĂ: ORAȘ..... JUDEȚ/SECTOR.....

STRADA.....NR.....BL.....SC.....AP.....cod postal.....

TELEFON/FAX.....MOBIL.....E-MAIL.....

Solicit cazare: DA NU

Solicit transport: DA NU

Centru Universitar:

Formularul de înregistrare, completat și semnat va fi trimis până la data de **24.02.2017** :

pe **FAX**: 0372-005.704 sau **E-MAIL**: scanat la office@srd.ro

Absența formularului de înregistrare atrage după sine imposibilitatea înregistrării.

SEMNĂTURA _____ PARAFĂ _____ DATA: __ / __ /2017