CONFERINȚA NAȚIONALĂ A MEDICILOR REZIDENȚI
Specialitatea Dermatovenerologie

ReziDerma

Ediția a III-a

CLUJ NAPOCA, Hotel „Napoca”
25 – 27 martie 2016

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.....CP.....

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

Solicit cazare: ☐ **DA** ☐ **NU**

Solicit transport: ☐**DA** ☐**NU**

Centru Universitar: .....

Formularul de înregistrare, completat şi semnat va fi trimis până la data de **29.02.2016** :

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

***Absența formularului de înregistrare atrage după sine imposibilitatea înregistrării.**

SEMNĂTURA _____ PARAFA _____ DATA: _ _/_ _/2016