

ASOCIAȚIA PSIHIATRILOR LIBERI DIN ROMÂNIA

CIF-9415885

Sediul în sector 2, București

CERERE DE ADEZIUNE
Asociația Psihiatrilor Liberi din România
(A.P.L.R.)

Către

Comitetul Director al Asociației Psihiatrilor Liberi din România.

Subsemnatul(a)....., identificat/ă
cu CNP..... domiciliat/ă în oraș
..... județ..... având adresa de e-
mail..... și numărul de telefon
..... solicit înscrierea în Asociația Psihiatrilor Liberi din România-
A.P.L.R., întrucât doresc să particip în calitate de membru la activitatea acestei asociații.

Menționez că mai sunt/nu mai sunt membru într-o altă asociație, cu denumirea.....
.....

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate să fie utilizate în conformitate
cu legile în vigoare privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter
personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare

Data

Semnatura solicitant

Aprobare – DA/NU