



FORMULAR DE ADEZIUNE LA Asociatia Colegiul Pacientilor

Nume: _____ Prenume: _____

Adresa: _____

Localitate _____ Judet/Sector _____

CNP _____ Telefon _____

E-mail _____

Prin semnarea acestui formular de adeziune certific inscrierea in Asociatia Colegiul Pacientilor si imputernicesc asociatia sa ma reprezinte in negocierile colective cu institutiile publice si private responsabile de livrarea si reglementarea serviciilor medicale, medicamentelor si asiguratorii publici si privati de sanatate.

Semnatura

Data __/__/20__

Asociatia Colegiul Pacientilor nu foloseste datele personale ale membrilor in scopuri comerciale, de publicitate sau marketing si este notificat ca operator de date cu caracter personal conform legislatiei in vigoare. Mai multe detalii pe www.colegiulpacientilor.org



FORMULAR DE ADEZIUNE LA Asociatia Colegiul Pacientilor

Nume: _____ Prenume: _____

Adresa: _____

Localitate _____ Judet/Sector _____

CNP _____ Telefon _____

E-mail _____

Prin semnarea acestui formular de adeziune certific inscrierea in Asociatia Colegiul Pacientilor si imputernicesc asociatia sa ma reprezinte in negocierile colective cu institutiile publice si private responsabile de livrarea si reglementarea serviciilor medicale, medicamentelor si asiguratorii publici si privati de sanatate.

Semnatura

Data __/__/20__

Asociatia Colegiul Pacientilor nu foloseste datele personale ale membrilor in scopuri comerciale, de publicitate sau marketing si este notificat ca operator de date cu caracter personal conform legislatiei in vigoare. Mai multe detalii pe www.colegiulpacientilor.org