



FIȘĂ DE ÎNSCRIERE
CURS POSTUNIVERSITAR

Denumirea cursului: _____

Perioada de desfășurare: _____

Numele și prenumele cursantului: _____

Data nașterii: Anul (în cifre) _____ luna (în litere) _____ ziua (în cifre) _____

C.U.I.M. (pentru medicii membri CMR): _____

Locul nașterii: Localitatea _____ județul _____

Nr. telefon: _____ adresa email: _____

Denumirea universității care a eliberat diploma de licență: _____

Anul absolvirii facultății: _____

Locul de muncă al cursantului: _____

Specialitatea în care este medic / farmacist rezident, specialist, primar: _____

Gradul profesional și gradul didactic: _____

Forul superior al unității la care lucrează (Minister): _____

Declar pe propria răspundere că datele completate sunt în conformitate cu realitatea și actele originale.

Data _____

Semnătura _____

Plata: nr. chitanță/data _____

Suma achitată în RON _____

*Copia cărții de identitate se anexează prezentului formular.

