SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ HIPERBARĂ

Str. Ioan D. Chirescu nr.2, Constanța, Jud. Constanța

C.I.F. 36775091 / cont IBAN RO 36 BTRLRONCRT 0370833501

BANCA TRANSILVANIA, Sucursala Constanța,

Tel: 0040724220585 / Fax: 0040241611236

Website: [www.srmh.ro](http://www.srmh.ro) / e.mail: contact@srmh.ro

Către : SRMH

FORMULAR ÎNSCRIERE HBOMED 2024

Subsemnatul ( a ) dr................................................., domiciliat( ă ) în ...................................................., medic specialist / primar în specialitatea......................................., CUIM.................,telefon.......................................email:............................................., doresc înscrierea la Conferința HBOMED 2024 . Menționez că am achitat contravaloarea în RON în contul S.R.M.H. , prin OP nr.........................../ chitanța nr.....................................

Menționez că doresc / nu doresc participarea contra cost la cele 2 cine festive organizate de SRMH.

Doresc / nu doresc ghidare pentru cazare în perioada Conferinței.

Data Semnătura /

 Parafa