



Societatea Romana de Neurooftalmologie

FORMULAR DE ADEZIUNE

**Către,
Societatea Romana de Neurooftalmologie (RONOS)**

Subsemnatul _____ domiciliat în localitatea

Strada _____ nr. _____ bloc _____ etaj ____ ap. _____ tel.

_____ Fax _____ e-mail _____

legitimat cu BI/CI _____ seria _____ nr. _____ eliberat de _____

CNP: _____ de profesie _____ angajat al

_____, sectorul (public sau privat) _____, in

funcția de _____ .

Am luat la cunoștință de prevederile Actului Constitutiv, ale Statutului Societății Romane de Neurooftalmologie pe care le accept fără rezerve.

Adresa de contact: contact@ronos.ro

Ma angajez sa achit cotizatia anuala de 120 RON pe urmatoarele coordonate:

Beneficiar: Societatea Romana de Neurooftalmologie

Banca: Banca Transilvania

Cont IBAN nr. RO54BTRL 04701205 A71694XX

Doresc prin prezenta să fiu acceptat ca **membru** al Societății Romane de Neurooftalmologie

Mă angajez să comunic modificările care vor surveni în datele comunicate. Doresc ca Societatea să comunice cu mine prin scrisoare / fax / e-mail / la adresa de mai sus:

Datele din cererea de înscriere pot fi folosite strict pentru uzul intern al Societății Romane de Neurooftalmologie.

Localitatea si data

Numele si prenumele

Semnatura