



Centrul de Excelență în Dezvoltarea Capacității pentru Managementul Serviciilor de Sănătate

FORMULAR DE ÎNSCRIERE

PROGRAMUL DE FORMARE PENTRU OBTINEREA ATESTATULUI ÎN MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE (ATMS)

Nume					
Inițiala tatălui					
Prenume					
Act de identitate		Serie		Nr.	
CNP					
Data nașterii					
Locul nașterii					
Profesie					
Funcție					
Instituție					
Adresa serviciu					
Adresa domiciliu					
Telefon			Fax		
E-mail					
Pentru medicii înscriși în Colegiul Medicilor		Specialitate			
		Grad profesional			
		CUIM			

Data:

Semnătura:
