



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:
