



ASOCIAȚIA DE ALGEZIOLOGIE DIN ROMÂNIA (AAR) ADEZIUNE

Numele _____

Prenumele _____

Data nașterii _____

Ocupația:

- Medic
- asistent medical
- farmacist
- asistent social
- psiholog
- paramedic (sau alte profesii echivalente)
- altă ocupație _____

Adresa la care doresc să primesc corespondența:

Str. _____ Nr. _____

Localitatea _____ Județ _____ Cod poștal _____

Telefon/Fax _____

Email _____

Solicit să fac parte din asociație în condițiile statutare.

Sunt interesat să primesc buletinul informativ și alte materiale legate de terapia durerii, precum și calendarul manifestărilor interne și internaționale.

Data,

Semnătura,