



Școala Națională de Sănătate Publică
Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar
București

Centrul Național de Dezvoltare Profesională în Domeniul Sanitar

Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: (021)252 3014
contact@snsps.ro, www.snsps.ro
tel.:(021)2550360, fax (021)2556445

Nr. _____ / _____

Subsemnatul(a):NUME.....PRENUME.....,
CNP: _____,
născut(ă) la data de: zi _____ lună _____ an _____, în localitatea _____
județul _____,
medic specialist _____, medic primar _____, (se marchează cu X)
în specialitatea _____,
medic dentist/stomatolog _____ (se marchează cu X)
medic veterinar _____ (se marchează cu X)
altă profesie (se precizează) _____
angajat al _____ localitatea _____
număr de telefon _____,
E-mail _____,

Vă rog să-mi aprobați înscrierea la programul de **EDUCAȚIE MEDICALĂ CONTINUĂ** :

**„Protecția radiologică în practicile de radiologie de diagnostic și radiologie
intervențională”**

în perioada: 05 - 07 Iulie 2019.

Curs nivel 2. FORMARE: inițială

DATA: _____ **Semnătura solicitantului:**.....

Documente necesare pentru înscriere:

- **cerere tip;** (Datele personale vor fi înscrise pe certificatele de participare, vă rugăm să completați datele personale în mod clar, cu **MAJUSCULE** și **DIACRITICE**.)
 - **confirmare plată taxa de curs (500 lei)** pe numele CONSULTANȚĂ RADIOPROTECȚIE srl
- SE VOR TRIMITE PRIN E-MAIL constantinmilu@upcmail.ro, cât mai curând și nu mai târziu de Luni 15 Aprilie 2019.**