



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@snspps.ro, [www.snspps.ro](http://www.snspps.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 precizeaza) \_\_\_\_\_

angajat al \_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_

număr de telefon \_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_,

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

**„ Cerințe noi privind protecția radiologică în practicile radiologie de diagnostic și radiologie intervențională ” - curs nivel 2 - PREGĂTIRE CONTINUĂ în perioada:**

**28 – 29 Iunie 2019.**

**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](mailto:constantinmilu@upcmail.ro), cât mai curând și nu mai târziu de Luni 15 Aprilie 2019.**