



Patronatul Medicilor de Familie din București și județul Ilfov – PMFB

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, 010209 București

E-mail: birou@pmfb.ro Web: www.pmfb.ro

Telefon: 0742 169 984 Fax: 0374 091 757

IBAN: RO22RZBR0000060013037185, Raiffeisen Bank

CERERE DE ADERARE

Cabinetul medical _____

cu sediul în localitatea _____, județul _____

Adresa poștală de corespondență _____

C.U.I. / C.I.F. _____ Telefon mobil (pentru SMS) _____

Fax _____ E-mail _____

Reprezentat prin Dr. _____

[] Am luat la cunoștință Statutul PMFB și mă oblig să-l respect.

Prezenta cerere de aderare la *Patronatul Medicilor de Familie din București și Județul Ilfov* reprezintă și obligația de a achita cotizația pentru anul curent, prin plată directă sau prin transfer în contul bancar deschis în numele PMFB, IBAN: RO22RZBR0000060013037185, Raiffeisen Bank.

Data

Semnătura reprezentantului legal și ștampila
