



**ADRE**  
Asociația Dentară Română  
pentru Educație

**Asociația Dentară Română pentru Educație**

**Adresa:** Str. Mihail Kogălniceanu, Nr. 9, Iași, România

**Telefon / Fax:** 0232 211 308 / 0232 211 370

**Cont:** RO03BRDE240SV05533752400

**E-mail:** [contact@adre.ro](mailto:contact@adre.ro)

## FORMULAR DE ADEZIUNE

### - Asociația Dentară Română pentru Educație -

NUME ..... PRENUME ..... CNP .....

Adresa cabinet .....  
.....

Oraș ..... Țara ..... Cod Postal .....

Telefon ..... Adresa email.....

Studii Universitare..... Diploma .....

Anul absolvirii .....

Specializarea:  stomatologie generală  chirurgie dento-alveolară

chirurgie OMF  ortodonție

Studii postuniversitare .....

Anul absolvirii .....

Sunteți implicat în momentul de față într-un program de studii postuniversitar?

Da

Nu

Dacă Da, specificați instituția / programul:

.....

Doresc să devin membru al **ADRE** prin achitarea cotizației de:

25 RON medic primar / 1 lună

15 RON medic specialist / 1 lună

Am luat cunoștință de prevederile Actului Constitutiv, ale Statutului Asociației Dentare Române pentru Educație și ale Regulamentelor Interne pe care le accept fără rezerve.

Mă angajez să achit cotizația anuală de .....

Doresc prin prezenta să fiu acceptat ca membru al **ADRE**.

Datele de înscriere pot fi folosite strict pentru uzul intern al **ADRE**.

Data

Semnătura