**CERERE DE ADEZIUNE**

Subsemnatul(a),
**Nume și prenume**: ..............................................................
**Data nașterii**: ...............
**CNP**: ..........................................
**Domiciliul**: ...............................................................................
**Telefon**: ...................................
**E-mail**: ...............................................
**Profesia/Funcția**: .....................................................
**Locul de muncă**: .............................................................
**Specialitatea**: ............................................................

Prin prezenta, solicit înscrierea în calitate de **membru** în Societatea de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Iași.

Declar că am luat cunoștință de **Statutul Asociației**, îl accept în întregime și mă angajez să respect regulamentele interne, hotărârile organelor de conducere și să contribui la realizarea obiectivelor stabilite.

Sunt de acord cu plata cotizației anuale stabilite prin hotărârile Adunării Generale

Autorizez Asociația cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal, în conformitate cu legislația aplicabilă privind protecția datelor cu caracter personal și a Notei de Prelucare a Datelor Personale disponibilă [AICI](https://chirurgiemaxiloiasi.ro/politica-de-confidentialitate/).

Plata poate fi efectuată în contul:

RO48BTRLRONCRT0691256101 deschis la Banca Transilvania Iași.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente

* Copie act de identitate
* Copie diplomă de medic / adeverință de student (după caz)
* Dovada plății cotizației

Data: ...............
Semnătura: ................................

**Consiliului Director al Asociației Societatea de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Iași**