



Patronatul Medicilor de Familie din București și județul Ilfov – PMFB
Str. Agricultori nr. 33, parter, interfon 100, sector 2, 021482, București
E-mail: birou@pmfb.ro Web: www.pmfb.ro
Telefon: 0722 543 772 Fax: 0374 091 757
IBAN: RO44 BREL 0002 0018 6575 0100, Libra 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: RO44 BREL 0002 0018 6575 0100, Libra Bank.

Data

Semnătura reprezentantului legal și ștampila
