



Organizatia Patronala a Medicilor de Familie Bihor – O.P.M.F.BH

Str. Rovine nr 17, Oradea, Bihor

E-mail: opmfbihor@gmail.com

Web: www.opmfbh.ro

Telefon: 0744166414 / 0742064235

IBAN: RO89BTRLRONCRT0595385801

CIF : 44457889

CERERE DE ADERARE

Cabinetul medical _____

cu sediul în localitatea _____ str _____ nr _____, județul Bihor

adresa poștală de corespondență _____

C.U.I. / C.I.F. _____ Telefon mobil _____

E-mail _____ reprezentat prin Dr _____

Imi exprim dorinta de a adera la Organizatia Patronala a Medicilor de Familie Bihor – OPMFBh, fiind recomandat cu acest scop de Dr _____, reprezentant legal al _____

Am luat la cunoștință Statutul si Codul de buna practica ale OPMFBh și mă oblig să le respect. Precizez ca nu am antecedente penale , nu ma aflu in nicio situatie de incompatibilitate cu functia de membru al patronatului

Optez pentru primirea certificatului de membru prin :

- Posta
- E-mail
- Il voi ridica personal de la sediul patronatului

Prezenta cerere de aderare reprezintă și obligația de a achita taxa de inscriere si cotizația pentru anul curent, prin plată directă sau prin transfer în contul bancar al OPMFBh , dupa primirea notificarii privind acceptul aderarii la OPMFBh.

Data _____

Ștampila cabinetului

Semnatura reprezentantului legal