

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ HIPERBARĂ

Str. Ioan D. Chirescu nr.2, Constanța, Jud. Constanța

C.I.F. 36775091 / cont IBAN RO 36 BTRLRONCRT 0370833501

BANCA TRANSILVANIA, Sucursala Constanța,

Tel: 0040724220585 / Fax: 0040241611236

Website: [www.srmh.ro](http://www.srmh.ro) / e.mail: [contact@srmh.ro](mailto:contact@srmh.ro)

Către : SRMH

## FORMULAR ÎNSCRIERE HBOMED 2024

Subsemnatul ( a ) dr.....,  
domiciliat( ă ) în ....., medic  
specialist / primar în specialitatea.....,  
CUIM.....,telefon.....email:.....  
....., doresc înscrierea la Conferința  
HBOMED 2024 . Menționez că am achitat contravaloarea  
în RON în contul S.R.M.H. , prin OP nr...../  
chitanța nr.....

Menționez că doresc / nu doresc participarea contra cost  
la cele 2 cine festive organizate de SRMH.

Doresc / nu doresc ghidare pentru cazare în perioada  
Conferinței.

Data

Semnătura /

Parafa

