



București, Bvd. Basarabia nr. 49 – 51, sector 2
Tel./Fax: 021 325 0833 / 0726 368 144
Email: office@srmfrb.ro ;
Site: www.srmfrb.ro
Cont: IBAN RO84BTRLRONCRT0334720701
Deschis la Banca Transilvania
CIF: 35342650

FORMULAR DE ÎNSCRIERE

în Asociația **SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ FIZICĂ, DE RECUPERARE ȘI BALNEOCLIMATOLOGIE (SRMFRB)** respectiv, **ROMANIAN SOCIETY OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE & BALNEOCLIMATOLOGY**

Numele _____ Prenumele _____

Profesia/Nivel profesional _____

Specialitatea _____

Codul unic de identificare al Medicului (apare pe certificatul CMR): _____

Unitatea sanitară _____

Secția/Clinica _____

Adresa instituției: str. _____,

nr. _____, localitatea _____

judet/ sector _____, țara _____,

B.I./C.I.

seria _____ Nr. _____ CNP _____

ADRESA pentru CORESPONDENȚĂ:

Str. _____, nr. _____, bl. _____,

sc. _____, ap. _____, localitatea _____,

Telefon/Fax _____,

Email: _____

Solicit înscrierea ca membru al Asociației **SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ FIZICĂ, DE RECUPERARE ȘI BALNEOCLIMATOLOGIE**.

Mă oblig să respect Statutul Societății și să plătesc la timp cotizația anuală aferentă.

În conformitate cu **Statutul SOCIETĂȚII ROMÂNE DE MEDICINĂ FIZICĂ, DE RECUPERARE ȘI BALNEOCLIMATOLOGIE**, toți membrii ASOCIAȚIEI, indiferent de categoria în care se încadrează, sunt înscriși în nume individual. Calitatea de membru se reînnoiește anual, după achitarea cotizației, în primul trimestru al fiecărui an calendaristic.

Valoarea actuală a cotizației anuale, pentru 2026, de membru al **SOCIETĂȚII ROMÂNE DE MEDICINĂ FIZICĂ, DE RECUPERARE ȘI BALNEOCLIMATOLOGIE**, propusă de către Consiliul Director și stabilită prin vot majoritar de Adunarea Generală Extraordinară, din 29.01.2026 este de:

- 200 lei – Medici primari/ specialiști
- 150 lei – Medici rezidenți
- 100 lei – Fizio-/Kinetoterapeuți/ Prof. CFM/ Asistenți medicali/ Psihologi/ sociologi/ logopezi/ biologi/ ingineri/ juristi/ studenți/ maseuri/ registratori medicali/ statisticieni/ referenți/ baiesite/ brancardieri/ infirmiere etc.

Membru automat în ISPRM

☐ DA, înscrieți-mă

☐ NU, renunțați

☐ Declarati ca sunteti de acord cu Termenii si conditiile

DATA: _____

SEMNĂTURA: _____

Cererile se depun/trimit personal, prin poștă sau prin e-mail, la sediul **SOCIETĂȚII ROMÂNE DE MEDICINĂ FIZICĂ, DE RECUPERARE ȘI BALNEOCLIMATOLOGIE**, București, Bvd. Basarabia nr. 49 – 51, sector 2.

Persoană de contact:

Ana Popa

Telefon: 0726 368 144

Email: office.srmfrb@gmail.com / popa.anaelena55@yahoo.com