

## FORMULAR DE ÎNSCRIERE CA MEMBRU INDIVIDUAL AL ABRM

Subsemnata/ul ......................................................................................................, angajat în cadrul (*numele şi prenumele*)

Instituţiei.....................................................................................................................din ........................................,

(*denumirea completă a bibliotecii / instituţiei*) (*localitatea*) raionul/oraşul..........................................., solicit, înscrierea/plata cotizaţiei anuale ABRM.

Datele mele de contact sunt următoarele*:* Adresă instituţie: ...........................................................; Tel/fax. instituţie…………. ……............; Telefon mobil: ...........................................; e-mail: .............................. Nivel de studii .........................................; Specialitatea conform diplomei ........................................;

Grad de calificare şi anul conferirii .....................\_\_\_\_......................; An angajare în muncă în domeniu ………….

*Mă angajez să achit anual cotizaţia de membru în contul ABRM.*

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura

................................................................................................................................................................



## FORMULAR DE ÎNSCRIERE CA MEMBRU INDIVIDUAL AL ABRM

Subsemnata/ul ....................................................................................................., angajat în cadrul (*numele şi prenumele*)

Instituţiei.....................................................................................................................din ........................................,

(*denumirea completă a bibliotecii / instituţiei*) (*localitatea*) raionul/oraşul..........................................., solicit, înscrierea/plata cotizaţiei anuale ABRM.

Datele mele de contact sunt următoarele*:* Adresă instituţie: ...........................................................; Tel/fax. instituţie…………. ……............; Telefon mobil: ...........................................; e-mail: .............................. Nivel de studii .........................................; Specialitatea conform diplomei ........................................;

Grad de calificare şi anul conferirii .....................\_\_\_\_......................; An angajare în muncă în domeniu ………….

*Mă angajez să achit anual cotizaţia de membru în contul ABRM.*

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura