

ASOCIAȚIA DIRECTORILOR INSTITUȚIILOR PENTRU VÂRSTNICI

CERERE DE ADEZIUNE

Subsemnata/ul

Domiciliat in localitatea

doresc să devin membru ADIV începând cu (zz,ll, anul)

de profesie.....

in functia

locul de muncă.....

localitatea.....

adresa.....

telefon fax

e-mail.....

Data Semnătura