



Societatea Română pentru
Asigurarea și Controlul Extern al
Calității în Medicina de Laborator
Tel/Fax: 0213186303; 0213154161
Fax: 0318177163; Tel. 0722602615

www.roeqalm.ro
Email: office@roeqalm.ro



Institutul Național de Cercetare
Dezvoltare pentru Microbiologie și
Imunologie „CANTACUZINO”
Tel. 0213069107
Fax. 0213069307

www.cantacuzino.ro
Email: office@cantacuzino.ro



Societatea Română
de Microbiologie

Tel. 021314062
Fax. 0213184431

www.srm.ro
Email: office@srm.ro

organizează

Seminarul “Dificultăți în Asigurarea Calității în Medicina de Laborator”

1-2 octombrie 2010

București, I.N.C.D.M.I. “CANTACUZINO”
Centrul de Învățământ și Documentare „Jacques Monod”

Invitat RENAR

Lucrările se vor desfășura în limba română. Durata comunicării este de maxim 15 min. Prezentările (PowerPoint) vor fi redactate în limba engleză.

Rezumatele vor fi redactate în limba română (maximum 250 cuvinte, Font Times New Roman 12)

Înscrierile și primirea rezumatelor se pot face până la data de 15 Septembrie 2010 la RoEQALM, prin fax, email sau direct pe site-ul RoEQALM.

Taxa de participare: 150 RON

Dacă dintr-un laborator participă mai mult de două persoane, din suma totală se va face o **reducere de 10%**.

Taxa de participare include: participarea la lucrări, mapa cu materiale, Certificatul de participare, coffee break.

Taxa de participare se poate depune în contul Fundației Societatea Română pentru Asigurarea și Controlul Extern al Calității în Medicina de Laborator (RoEQALM) - RO 49 RNCB 0080 0056 4681 0001 deschis la BCR – Sucursala Piata Palatului, București; CF: RO 14342887.

Vă rugăm ca, după ce achitați taxa la bancă să trimiteți o copie a ordinului de plată pe adresa office@roeqalm.ro sau la numărul de fax 0318177163.

Seminarul va fi creditat de Colegiul Medicilor din România (CMR) și de
Ordinul Biochimistilor Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România (OBBCSSR)



CUPON DE ÎNREGISTRARE

PARTICIPANT (Nume, prenume) _____ CNP _____

CI / BI Serie _____ Număr _____ PROFESIA _____ SPECIALITATEA _____

GRAD PROFESIONAL _____ CODUL DE PARAFĂ _____ Tel. _____

Email _____ INSTITUȚIA _____

PERSONA JURIDICA PLATITOARE * _____

Nr. ord. Reg. Com./ an _____ COD FISCAL _____

CONT IBAN _____ BANCA _____

ADRESA PERSONEI JURIDICE PLATITOARE _____

COD POȘTAL _____ TEL/FAX _____ email _____

Factura Fiscală și Chitanța vor fi eliberate pentru: Persoană Fizică Persoană Juridică (Firmă)

Semnătura _____

* Se va completa numai dacă pl atitorul este persoana juridica