



## Program ReproNET

### Formular înregistrare

Nume

Prenume

Specialitate

Competența în tratamentul infertilității

Loc de muncă

Date de contact

Telefon

Email

Motivul înregistrării:

a) Interes pentru subiect

Intenția de a obține competența în tratamentul infertilității cuplului

Colaborare cu o clinică de specialitate pentru a trimite și monitoriza pacienți

Dorința de a colabora și efectua personal procedurile în clinică

Zile/intervale de timp preferate pentru cursul teoretic

Participare la programul practic

Disponibilitatea de timp

Alte detalii utile

