

CERERE de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), **(numele)** **(inițiala tatălui)**, **(prenumele)**.....
....., cod numeric personal [| | | | | | | | | | | | | | | | |],
act de identitate seria nr., domiciliat(ă) în localitatea,
str., nr., bl., sc., et., ap., sectorul
(județul), *adresa de corespondență:* localitatea,
str., nr., bl., sc., et., ap., sectorul
(județul), cod poștal: [| | | | | | |], telefon fix domiciliu: [| | | | | | | | | |],
telefon fix (cabinet): [| | | | | | | | | | | | |], telefon mobil (1): [| | | | | | | | | | | | |], telefon mobil
(2): [| | | | | | | | | | | | |], e-mail, vă rog să îmi aprobați
avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru
următoarele specialități și/sau calificări profesionale:

- 1
- 2
- 3
- 4

- Anexez prezentei cereri copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul.

- Anexez, de asemenea, documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât și pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul.

Declar pe propria răspundere că:

Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor Dâmbovița și în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile.

Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare *s-au modificat* după cum urmează: (*adresa de domiciliu, numere de contact, denumirea și adresa locului (lor) de muncă, carte de identitate, adresa de e-mail, obținere titlu profesional, grad profesional, atestat de studii complementare etc*).

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

Locul/locurile de muncă actual(e) este/sunt: (*transmiterea tuturor locurilor de muncă este obligatorie cu adresa completă pentru fiecare*).

- 1
- 2
- 3
- 4

Data:

Semnătura:

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dâmbovița