

Cerere de suspendare/retragere a calitatii de membru al CMR

DOMNULE PREȘEDINTE

Subsemnatul/a
medic(grad profesional), în specialitatea
domiciliat/ă în
cu adresa de corespondență
.....
adresa de e-mail nr. telefon
loc de muncă
cu sediul în.....
..... ,

vă rog să aprobați:

- **suspendarea calității de membru al CMR**, pentru o perioadă limitată de până la 5 ani,
începând cu data de

- **încetarea calității de membru al CMR** începând cu data de

Motivația:

.....

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile Codului penal cu privire la falsul
în declarații, că a am încetat/voi înceta activitatea medicală de la data de

Menționez că am suspendat/voi suspenda/am încetat/voi înceta activitatea la cabinetul
medical (organizat ca CMI/SRL).....
situat la adresa
sau organizată ca PFI.

Vă mulțumesc,

Semnătură:

Data:

DOMNULUI PREȘEDINTE AL COLEGIULUI MEDICILOR DÂMBOVIȚA