

**DOMNULE PREȘEDINTE,**

Subsemnatul(a),

nume ....., inițiala tatălui ....., prenume .....,

cu domiciliul în localitatea ....., strada .....,

nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector (județ) .....,

cod poștal ....., nr. contact ....., e-mail .....,

posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România cu numărul

..... din data de ....., vă rog să-mi aprobați transferul la Colegiul

Medicilor .....

Motivul transferului îl constituie .....

.....

Până la această dată mi-am exercitat profesia de medic .....

.....

Vă rog, ca odată cu nota de transfer să îmi fie remise copii ale următoarelor documente din dosarul meu profesional .....

.....

.....

**Declar** pe propria răspundere că am achitat cotizația datorată Colegiului Medicilor Dâmbovița,

până la data de .....

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art.388 și 389 din Legea nr. 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștință Colegiului Medicilor Dâmbovița, orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informații din parte Colegiului Medicilor Dâmbovița.

Data .....

Semnătura .....

**Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dâmbovița**