

CERERE
de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), (numele), (inițiala tatălui),
(prenumele), cod numeric personal [_____] , act
de identitate seria nr., nume anterior,
domiciliat(ă) în localitatea, str. nr.
....., bl., sc., et., ap., sectorul (județul), cod
poștal: [_____] , telefon fix: [_____] , telefon mobil: [_____] , e-mail
....., posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. din data, având codul unic de
identificare al medicului (C.U.I.M.) nr. [_____] , 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:
.....
.....
.....

Locul/locurile de muncă actual(e) este/sunt:

- 1
- 2
- 3
- 4

Sunt de acord ca numărul de telefon și adresa de e-mail să fie făcute publice, astfel,
telefon, e-mail

Data:

Semnătura:

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dâmbovița