

DOMNUL PREȘEDINTE

Subsemnatul / a
medic (grad profesional), în specialitatea
domiciliat în
cu adresa de corespondență
adresa de e-mail nr. telefon
loc actual de muncă,
prin prezenta declar că nu mai exercit profesiunea de medic pe teritoriul României.

În acest context, vă rog să luați act de faptul că mi-am încetat activitatea medicală pe teritoriul României și că, începând cu data de doresc să:

- îmi suspend calitatea de membru al CMR, pentru o perioadă limitată - de până la 5 ani

- îmi fie retrasă definitiv calitatea de membru al CMR

MOTIVAȚIA:
.....

Dacă este cazul (se va înscrie denumirea și adresa unitatii medicale):

suspendarea cabinetului medical:
.....,

pentru perioada:

închiderea cabinetului medical:
.....,

începând cu data de

Vă mulțumesc,

Semnătură:

DATA:

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dâmbovița