



COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL CONSTANȚA
BD.1 DECEMBRIE 1918 NR.31 BL.L28 SC.D AP.62
TEL/FAX 0241-510098

Cerere – Declarație

Subsemnatul Dr. membru al C.M.R. conf.Legii nr.95/2006, aflat în evidența Colegiului Județean al Medicilor din Constanța solicit eliberarea *certificatului de membru*.

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în nici una din situațiile de nedemnitate și / sau incompatibilitate prevăzute la art. 382, respectiv art. 383 din Legea nr. 95 / 2006 privind exercitarea profesiei de medic.

NUME: _____ INIȚIALA: _____ PRENUME _____

NUME PURTATE ANTERIOR _____

UNIV.ABSOLVITĂ: _____ ANUL ABSOLVIRII _____

SERIA ȘI NR.DIPLOMEI DE MEDIC(MINISTER): _____ COD PARAFĂ _____

DOMICILIUL: Localitate: _____ Str: _____

Nr: _____ Bloc: _____ Scara: _____ Etaj: _____ Apt. _____ Județ _____

TELEFON FIX: _____ TELEFON MOBIL _____

ADRESA E-MAIL: _____

COD NUMERIC PERSONAL(13 CIFRE) _____

LOC DE MUNCĂ(INTEGRARE) _____

ADRESA LOC DE MUNCĂ: _____ TEL _____

GRAD PROFESIONAL(medic,medic rezident,medic specialist,medic primar) _____

SPECIALITATEA: _____ O.M.S. _____

A DOUA SPECIALITATE: _____ O.M.S. _____

COMPETENȚE _____ Seria _____ Nr _____ Data _____

SUPRASPECIALIZĂRI _____

DOCTOR ÎN MEDICINĂ _____ GRAD UNIVERSITAR _____

LA UNIVERSITATEA _____

PUNCTAJ LA DATA SOLICITĂRII: _____

Data

Semnătura și parafă

Legea nr. 95/2006 – privind exercitarea profesiei de medic, precum și organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România

Art. 382 – Este nedemn de a exercita profesia de medic :

- a) medicul care a fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic și pentru care nu a intervenit reabilitarea ;
- b) medicul căruia i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

Art. 383 – (1) Exercițarea profesiei de medic este incompatibilă cu :

- a) calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori de distribuție de produse farmaceutice sau materiale sanitare ;
- b) starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea profesiei medicale.

(2) Pe timpul stării de incompatibilitate se suspendă de dreptul de exercitare a profesiei

(3) În termen de 10 zile de la apariția situației de incompatibilitate, medicul este obligat să anunțe colegiul al cărui membru este.

(4) La solicitarea medicului, la sesizarea oricărei persoane, instituții sau autorități interesate, președintele colegiului din care face parte medicul poate constitui o comisie specială, pentru fiecare caz în parte, alcătuită din 3 medici primari, pentru a confirma sau infirma situația de incompatibilitate.

JURĂMÂNTUL LUI HIPOCRATE

-în formularea modernă adoptată de Asociația Modernă Mondială în cadrul Declarației de la Geneva din anul 1975-

*„ O dată admis printre membrii profesiei de medic,
Mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității.
Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința care le
sunt datorate,*

*Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate,
Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligația sacră,
Voi păstra secretele încredințate de pacienți, chiar și după
decesul acestora,*

*Voi menține, prin toate mijloacele, onoarea și nobila tradiție a
profesiunii de medic,*

Colegii mei vor fi frații mei,

*Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient
considerații de naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială,*

*Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la
începuturile sale chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele
mele medicale contrar legilor umanității.*

Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare!”

DATA

SEMNĂTURA



COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL CONSTANȚA
BD.1 DECEMBRIE 1918 NR.31 BL.L28 SC.D AP.62
TEL/FAX 0241-510098

Cerere

NUME: _____ INIȚIALA: _____ PRENUME _____
NUME PURTATE ANTERIOR _____
UNIV./FACULT.ABSOLVITĂ: _____ ANUL ABSOLVIRII _____
SERIA ȘI NR.DIPLOMEI DE MEDIC(MINISTER): _____ COD PARAFA _____
DOMICILIUL: Localitate: _____ Str: _____
Nr: _____ Bloc: _____ Scara: _____ Etaj: _____ Apt. _____ Județ _____
TELEFON FIX: _____ TELEFON MOBIL _____
ADRESA E-MAIL: _____
COD NUMERIC PERSONAL(13 CIFRE) _____
LOC DE MUNCĂ(INTEGRARE) _____
ADRESA LOC DE MUNCĂ: _____ TEL _____
GRAD PROFESIONAL(medic,medic rezident,medic specialist,medic primar) _____
SPECIALITATEA: _____ O.M.S. _____
A DOUA SPECIALITATE: _____ O.M.S. _____
COMPETENȚE _____ Seria _____ Nr _____ Data _____
SUPRASPECIALIZĂRI _____
DOCTOR ÎN MEDICINĂ _____ GRAD UNIVERSITAR _____
LA UNIVERSITATEA _____
CERTIFICAT DE MEMBRU Seria _____ Nr. _____ din _____

Data

Semnătura și parafa



COLEGIUL MEDICILOR DIN CONSTANȚA
BD.1 DECEMBRIE 1918 NR.31 BL.L28 SC.D AP.62
TEL/FAX 0241-510098

Cerere reavizare certificat membru

NUME: _____ INIȚIALA: _____ PRENUME _____

NUME PURTATE ANTERIOR _____ CNP _____

TELEFON FIX: _____ TELEFON MOBIL _____

ADRESA DE CORESPONDENTA(DOMICILIU) _____

ADRESA E-MAIL: _____

LOC DE MUNCĂ(INTEGRARE) _____

ADRESA LOC DE MUNCA _____

GRAD PROFESIONAL(medic,medic rezident,medic specialist,medic primar) _____

SPECIALITATEA: _____

A DOUA SPECIALITATE: _____

COMPETENȚE _____

SUPRASPECIALIZĂRI _____

DOCTOR ÎN MEDICINĂ _____ GRAD UNIVERSITAR _____

Anexez dovezile de EMC.

Data

Semnătura și parafa

COD PARAFA _____

Malpraxis _____

Cotizatie _____

Punctaj _____

Primit de _____

Verificat de _____