

# CERERE DE ACORDARE A VIZEI ANUALE PE CERTIFICATUL DE MEMBRU

Doamnă Președinte,

Subsemnatul(a), NUME....., Inițiala tatălui.....,

PRENUME..... CNP..... act identitate

....serie....., Nr....., nume anterior ..... domiciliat în.....

Str.....Nr..... Bl....., Sc....., etj..... ap.....,

sector (județ)....., cod poștal....., tel. fix.....,

mobil....., e-mail..... posesor(oare) al(a) certificatului

de membru al Colegiului Medicilor din România Nr..... din data .....

vă rog să-mi aprobați avizarea anual[ pe Certificatul 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, 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 proprie răspundere că :

( ) Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în cererea de înscriere în

Colegiul Medicilor Constanța și în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de max. 30 de zile.

( ) Datele furnizate cu ocazia înscrierii s-au modificat după cum urmează :

.....

.....

( ) Locul/locurile de muncă actual(e) 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.....

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:

1.( ) ridicare personal/împuternicit;

2.( ) prin servicii de curierat cu plata la destinatar;

3.( ) prin mijloace electronice ( se va indica obligatoriu adresa de e-mail pentru transmiterea avizului anual și numărul de telefon).

Data

.....

Semnătura

.....

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor Constanța