

## 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 ..... având codul unic de identificare a  
medicului nr..... vă rog să-mi aprobați avizarea anuală pe Certificatul de membru al Colegiului Medicilor  
din România pentru următoarele specialități și/sau calificări profesionale:  
1.....  
2.....  
3.....  
4.....

### **Anexez prezentei cereri:**

1. copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificate cu originalul
2. 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.
3. copia adeverinței/declarației privind locul de muncă ( în cazul în care ultima depusă la Colegiul este mai veche de 5 ani)

### **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/împuțernicit;
- 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).

Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singură variantă din cele 3 menționate la paragraful de mai sus.

Data.....

Semnătura .....

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor Constanța