

CERERE
de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), (nume),
(inițiala tatălui), (prenume),
cod numeric personal [_____] , act identitate serie nr,
nume anterior..... , domiciliat(ă) în orașul,
str..... nr....., bl., sc....., et....., ap.....,
sectorul (județul), cod poștal [_____] , tel. fix [_____] ,
mobil [_____] , e-mail, posesor(posesoare) al(a)
Certificatului de membru al C.M.R nr..... din data,
având codul unic de identificare a medicului 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:

1. copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform 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 adevărîței/declarației privind locul de muncă (în cazul în care ultima depusă la colegiul teritorial este mai veche de 5 ani).

Declar pe propria răspundere că:

Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor 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) 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*:

- ridicare personal/împuternicit;
- prin servicii de curierat cu plata la destinatar;
- 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,

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Călărași