

# Cerere

## pentru notificarea practicii medicinei pe teritoriul județului Suceava

**Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Suceava,**

Subsemnatul/a, dr. ....  
cetățean ....., cu domiciliul în .....,  
str. ...., nr. ..., bloc ..., scara ..., ap. ...., județul  
(sector) ....., având specialitatea 1).....  
gradul profesional ....., 2) .....,  
gradul profesional ....., și competență și/sau supraspecializare în  
....., fiind medic în activitate / pensionar<sup>1</sup>,  
membru al Colegiului Medicilor ..... (se va trece colegiul teritorial la  
care medicul este membru de drept), având, la data depunerii prezentei, Certificat de  
membru CMR nr. .... din ....., CUIM .....

**vă rog să-mi aprobați înscrierea notificării privind practica medicală și pe  
teritoriul județului Suceava și înscrierea acesteia în evidența Colegiului  
Medicilor Suceava, pentru specialitățile și competențele / supraspecializările  
(unde este cazul) specificate mai sus.**

Anexez întreaga documentație necesară eliberării avizului, potrivit legislației în vigoare<sup>2</sup>.

Declar pe propria răspundere că, la această dată, îmi exercit/îmi voi exercita profesiunea de  
medic la locuri de muncă, specificate pe verso.

⇒ cunosc prevederile Legii nr. 95/2006 privind exercitarea profesiei de medic, precum și  
organizarea și funcționarea CMR - republicată, ale Statutului CMR, ale Statutului C.M. Suceava și ale  
Codului de Deontologie Medicală;

⇒ mă oblig să plătesc contribuția administrativă lunară stabilită de către CM Suceava, la  
termenul stabilit, în caz contrar urmând a suporta consecințele legale;

⇒ certific autenticitatea celor înscrise în anexa la prezenta cerere;

⇒ mă angajez să remit CM Suceava copie după viza anuală, imediat ce am obținut-o de la  
colegiul al cărui membru sunt;

⇒ am luat cunoștință de prevederile art. art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal  
privind falsul în declarații.

**Semnătura:**

**Data:**

*Se va completa și pe verso*

.....

<sup>1</sup>-se va tăia cerința ce nu corespunde situației;

<sup>2</sup>-numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet.

**Anexă la Cererea nr. ....**

privind locul / locurile de muncă și funcția deținută, la această dată:

Locul de muncă	Localitatea	Funcția
1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....
4.	.....	.....
5.	.....	.....

Completare specializări și/sau studii complementare, în cazul în care nu au fost înscrise mai sus:

.....  
.....  
.....

***Semnătura medicului solicitant:***