

Cerere de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), numele și prenumele

.....,
CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__, act identitate serie
nr. domiciliat/ă în localitatea,
str. nr., bl., sc., et., ap.
....., județul, tel.
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 îmi aprobați avizarea anuală a Certificatului de membru al
Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Suceava,
pentru următoarele specialități și/sau calificări profesionale:

1.
2.
3.
4.

Anexez:

- ✓ copia certificată «conform cu originalul» a poliței/polițelor de asigurare pentru cazurile de răspundere civilă profesională pentru prejudicii cauzate prin actul medical, care să acopere specialitățile pentru care solicită avizarea (asigurare de „**malpraxis**”);
- ✓ copie certificată «conform cu originalul» după documente doveditoare pentru **completarea punctajului EMC** (minim 25 credite EMC pe an-Dec. CMR nr. 12/2018, dar voi avea în atenție acumularea a 200 credite EMC în 5 ani - perioada aferentă calculată pentru cazul propriu);

CAZ PARTICULAR:

- în cazul **medicilor rezidenți**, care doresc avizare anuală, se va depune și copia certificată «conform cu originalul» a carnetului de rezident completat, ștampilat și vizat la zi, pentru fiecare an parcurs;
- în cazul absolvenților facultăților de medicină care **au finalizat pregătirea în rezidențiat, dar nu au promovat examenul de specialitate**, și doresc avizare anuală, se vor depune: 1) copia certificată «conform cu originalul» a dovezii de finalizare a rezidențiatului; 2) dacă rezidențiatul a fost pe post, documentul de suspendare a contractului individual de muncă încheiat pe perioadă nedeterminată cu unitatea sanitară unde medicul rezident a ocupat postul; 3) în cazul în care acești medici sunt încadrați cu contract individual de muncă în unități sanitare publice, inclusiv în cabinete medicale individuale, în funcție de specialitatea în care s-a efectuat pregătirea de rezidențiat și sub îndrumarea unui medic cu drept de liberă practică în specialitatea respectivă – se va depune copie după documentul de nominalizare a medicului îndrumător.

✓ sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere și a celor existente la nivelul CMR; am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor Suceava, stabilit conform Deciziei C.M. Suceava nr. 121/23.05.2018;

✓ nu am întrerupt exercitarea profesiei/nu m-am aflat într-o situație de incompatibilitate prevăzută la art. 392 din Legea nr. 95/2006, republicată, pe o perioadă mai mare de 5 ani;

✓ mă oblig, în continuare, să achit cotizația de membru CMR, în caz contrar înțeleg să suport sancțiunile legale; la această dată nu figurez cu restanțe la plata cotizației; dacă este cazul, mă oblig să achit contribuția administrativă stabilită la nivel teritorial, pentru profesarea în cadrul mai multor unități medicale.

✓ **Declar pe propria răspundere că:**

[] Datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale. Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor Suceava și/sau a notificărilor ulterioare, și, în cazul în care vor interveni modificări, **le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile**, cum ar fi:

1. schimbarea domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare și de contact mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară, conform legislației;

2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic;

3. exercitarea profesiei de medic în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară;

4. modalitatea de plată a cotizației lunare datorate CMR (achitare direct casierie/virament bancar sau reținere de către unitatea angajatoare/colaboratoare – medicul este obligat să notifice această unitate despre doleanța sa de oprire din salariu/din prețul contractului).

Titularul certificatului de membru are dreptul să practice profesia numai în specialitățile și calificările profesionale în care este avizat și numai în intervalul de timp pentru care există viza Colegiului teritorial al C.M.R., interval care va fi de maximum 1 an.

[] Datele furnizate cu ocazia înscrierii/notificărilor ulterioare s-au modificat după cum urmează:

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

[] Locul/Locurile de muncă actuale:

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

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Suceava