

**DOMNULE PREȘEDINTE**  
**al Colegiului Medicilor Suceava**

Subsemnatul / a, .....  
medic ..... (grad profesional), în specialitatea  
....., cu ultimul loc de muncă:  
.....,  
prin prezenta vă notific că nu doresc să mai exercit profesiunea de  
medic pe teritoriul României.

- În acest context, vă rog să luați act de faptul că, începând cu data  
de ..... (data trebuie să fie ulterioară celei la care s-a depus  
cererea), doresc să:

- îmi fie retrasă definitiv calitatea de membru al CMR;
- îmi suspend calitatea de membru al CMR, pentru o perioadă de până la 5  
ani;
- rămân membru inactiv, fără drept de practică (cotizația de 5 lei/lună),  
pentru o perioadă de până la 5 ani;

**MOTIVAȚIA:**

.....  
.....

Dacă este cazul, începând cu aceeași dată, doresc:

- suspendarea cabinetului medical:  
..... \*)
- inchiderea cabinetului medical:  
..... \*)

\*) - se va inscrie denumirea si adresa unitatii medicale

*Semnătură:*

*Data:*