

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)
....., tel.: și e-mail:
.....

având specialitatea 1)....., gradul
profesional, 2), gradul
profesional, și competență și/sau supraspecializare în
....., fiind medic în activitate / pensionar¹, 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 vigoare².

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 aportul administrativ lunar stabilit 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

.....
1-se va tăia cerința ce nu corespunde situației;

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

Anexă la Cererea nr.

a) 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:

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

b) privind locul / locurile de muncă / unitățile sanitare de pe teritoriul județului Suceava, precum și forma contractuală sub care se va presta serviciul medical:

Unitatea sanitară	Forma contractuală sub care se va presta serviciul medical (contract de muncă/de colaborare)
1.
2.

Semnătura medicului solicitant: