

CERERE

de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a),,
CNP:, data nașterii,
act de identitate seria nr., data expirării, cu domiciliul:
str. nr., bl., sc., et., ap.,
localitatea, comuna/satul (dacă este cazul)
....., județul (sectorul),
tel, e-mail,
posesor(posesoare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr.
..... din data, având codul unic de identificare a medicului (CUIM)
nr.,

vă rog să îmi aprobați avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor
din România, pentru următoarele specialități și/sau calificări profesionale (studii
complementare) *1):

1.
2.
3.

Anexez prezentei cereri:

1. copie poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, care acoperă specialitățile și/sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul;
2. documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC;
3. documente doveditoare ale modificărilor care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul;
3. copia adeverinței/declarației privind locul/locurile 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 Suceava; 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*2):

1.
2.
3.

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:

1. ridicare personal/împuternicit;
2. prin servicii de curierat cu plata la destinatar;
3. prin mijloace electronice (se va indica obligatoriu adresa de e-mail pentru transmiterea avizului anual și numărul de telefon).

E-mail:

Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singură variantă din cele 3 menționate la paragraful de mai sus.

Notă: medicii care au împlinit vârsta de pensionare trebuie să respecte legislația specifică obținerii avizului anual.

Data:

Semnătura:

*1) **Specialități și/sau calificări profesionale** (studii complementare) – continuare:

4.
5.
6.
7.

*2) **Locurile de muncă actuale sunt** (continuare):

4.
5.
6.

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor Suceava