CERERE de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), (numele) ....., (iniţiala tatălui) ....., (prenumele) ....., cod numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act de identitate ..... seria ..... nr. ....., nume anterior ....., domiciliat în oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul (judeţul) ....., cod poştal |_|_|_|_|_|_|, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_| mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|, 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 aprobaţi avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialităţi si/sau calificări profesionale:

1 .....
2 .....
3 .....
4 .....

- Anexez prezentei cereri copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională care acoperă specialităţile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul.
- Anexez, de asemenea, documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât şi pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul.

Declar pe propria răspundere că:

[] Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor Prahova şi 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) este/sunt:

1 .....
2 .....
3 .....
4 .....

Sunt de acord ca numărul de telefon şi adresa de e-mail să fie făcute publice, astfel:
[] telefon ..... [] e-mail .....

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel: [] ridicare personal/împuternicit; [] prin servicii de curierat cu plata la destinatar; [] prin mijloace electronice (dacă este posibil la nivelul colegiului teritorial).

Data .....

Semnătura .....

Doamnei Preşedinte a Colegiului Medicilor Prahova