

De acord,....., incepand cu data de.....
(semnatura)



COLEGIUL MEDICILOR PRAHOVA

Str. Tudor Vladimirescu nr. 127, cod postal 100054, Ploiesti, Jud. Prahova
Tel/Fax: 0244.595.624; 0244.513.325; 0344.801.664; 0344.801.665
e-mail: office@prahova-colmed.ro
web: www.prahova-colmed.ro

Nr...../.....

CERERE

Subsemnatul(a), Dr.....,
medic.....in specialitatea.....,
va rog sa-mi aprobatii reducerea cotizatiei in quantum de 5 lei,
deoarece.....

Ma oblig sa anunt Colegiul Medicilor in momentul inceperii activitatii
profesionale. De asemenea, ma oblig sa realizez punctajul EMC
prevazut de lege, in aceasta perioada.

Va multumesc,

Data,

Catre Doamna Presedinte a Colegiului Medicilor Prahova