

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

Cotizatia a fost achitata pana la data de.....\*



**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 retragerea din Colegiul Medicilor Prahova ca  
urmare a incetarii activitatii medicale.

Va multumesc,

Data,

Catre Doamna Presedinte a Colegiului Medicilor Prahova

---

\* Este obligatorie plata la zi a cotizatiei pentru a fi aprobata cererea de retragere din Colegiul Medicilor Prahova