

Declar pe proprie răspundere că nu ma aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale și mă oblig să aduc la cunoștință Colegiului Medicilor Prahova orice modificare a acestor date.

Data

Semnătura

.....

.....

Nume, prenume

Loc/locuri de muncă(continuare)

4. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

5. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

6. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

7. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

8. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

9. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

10. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

11. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |

12. unitatea medicală

adresa tel. | | | | | | | | | |