

CERERE DE ACORDARE A VIZEI ANUALE PE CERTIFICATUL DE MEMBRU

Domnule Președinte,

Subsemnatul(a), nume, inițiala tatălui, prenume, cod numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act identitate serie nr. nume anterior, domiciliat în oraș, str., nr., bl., sc., et., ap., sector (județ), cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|_|, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail, posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. din data, vă rog să-mi aprobați acordarea vizei anuale pe Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România.

Anexez prezentei cereri, copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, certificata conform cu originalul.

Anexez de asemenea, documente doveditoare pentru completarea punctajul EMC, pe care le declar conforme cu originalul.

Declar pe proprie răspundere că:

Nu au intervenit modificari în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor _____ și în cazul în care vor interveni modificari le voi comunica într-un termen de maxim 30 de zile.

Datele furnizate cu ocazia înscrierii s-au modificat după cum urmează:
.....
.....

Locul/locurile de munca actuale :
.....
.....

Sunt de acord ca numărul și adresa de email sa fie facute publice:
Telefon..... email.....

Data
.....

Semnătura
.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din _____.