

2. unitatea medicală
adresa, tel.
3. unitatea medicală.....
adresa, tel.

Adresă de domiciliu:

Str. nr....., bl....., sc....., et....., ap.....,
cod poștal, localitatea, satul (dacă este
cazul), sectorul (județul)....., tel. fix,
mobil....., e-mail

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. nr....., bl....., sc....., et....., ap.....,
cod poștal, localitatea, satul (dacă este
cazul), sectorul (județul).....

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor orice modificare a acestor date.

Data

Semnătura
(numele și prenumele)

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.