**CERERE  
de avizare anuală a certificatului de membru**

Subsemnatul(a), (numele) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , (inițiala tatălui) . . . . . . . . . ., (prenumele) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .,

CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, act de identitate . . . . . . . seria . . . . . . . .nr. . . . . . . . . . . . . . . . . nume anterior . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ,

domiciliat în orașul . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., str. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., bl. . . . . . ., sc. . . . . . . . , et. . . . . . . , ap. . . . . . . ., sectorul (județul) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., cod poștal|\_|\_|\_|\_|\_|\_|,tel. fix|\_||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|,mobil|\_||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|,

e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , având codul unic de identificare a medicului nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, vă rog să îmi aprobați avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialități și/sau calificări profesionale:

**1.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**2.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Anexez prezentei cereri copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul.

Anexez, de asemenea, documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât și pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul.

Declar pe propria răspundere că:

[ ] Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor Brasov și în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile.

[ ] Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare s-au modificat după cum urmează:

**.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

[ ] Locul/locurile de muncă actual(e) este/sunt:

**1.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**2.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Sunt de acord ca numărul de telefon și adresa de e-mail să fie făcute publice, astfel:

[ ] telefon . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .[ ] e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . .

Data Semnatura

........................ ............................

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Brasov