



Nr..... din

CERERE
de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), (numele), (inițiala tatălui),
(prenumele) Varsta, CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act de identitate serianr. 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. 3.
2. 4.

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 Braşov 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.
3. 4.

Doresc ca avizul anual sa imi fie transmis astfel:

ridicare personal / imputernicit

prin servicii de curierat cu plata la destinatar

prin mijloace electronice la adresa de e-mail

Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singura varianta din cele 3 mentionate mai sus

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în vreuna dintre situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, îmi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor Brasov orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor Brasov.

Data

.....

Semnatura

.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Braşov