



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

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Locul/Locurile de muncă actual(e) este/sunt:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

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 Brașov orice modificare a acestor date.

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:

ridicare personal/împuternicit,

prin serviciul de curierat cu plată la destinatar,

prin mijloace electronice (dacă este posibil la nivelul colegiului Medicilor Brașov).

Data   |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Semnătura .....

Nume .....

Prenume .....

**Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Brașov**

- Documentul se va tipări față-verso.