 Nr............ din .........................

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

Subsemnatul(a), (numele) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , (inițiala tatălui) . . . . . . . . . ., (prenumele) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, act de identitate . . . . . . . seria . . . . . . . .nr. . . . . . . . . . . . . . . . ., data expirarii . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nume anterior . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , domiciliat în orașul . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

str. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., bl. . . . . . ., sc. . . . . . . . , et. . . . . . . , ap. . . . . . . ., sectorul (județul) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., cod poștal|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, tel.|\_||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , având

CUIM nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, cod parafa . . . . . . . . . . . . , 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.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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 situaţiile prevăzute de [art. 388](act:756522%2082050130) şi [389](act:756522%2082050134) din Legea nr. 95/2006. In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, imi 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 Brasov