



CERERE DE TRANSFER
din COLEGIUL MEDICILOR BRASOV
în COLEGIUL MEDICILOR _____

Subsemnatul(a), nume, inițiala tatălui,
prenume cod numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|, act de identitate serie nr. nume
anterior, domiciliat în oraș,
str....., nr., bl., sc., et.,
ap., sector (județ), cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|, tel. fix
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-
mail, posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al
Colegiului Medicilor din România nr. din data, vă rog să îmi
apropați transferul din Colegiul Medicilor în Colegiul Medicilor
.....

Atașez următoarele documente:

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

Adresă de domiciliu

Str., nr.,
bl., sc., et., ap., sector (județ), cod
poștal |_|_|_|_|_|_|_|, oraș, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-
mail

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

Str., nr.,
bl., sc., et., ap., sector (județ), cod
poștal |_|_|_|_|_|_|_|, oraș, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-
mail

Doresc ca documentele să îmi fie transmise astfel:

|_| ridicare personal/împuternicit;

|_| prin servicii de curierat cu plata la destinatar la adresa de domiciliu/ adresa de
corespondență.

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

Semnătura