

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

Subsemnatul(a), (nume) _____, (inițiala tatălui) ____, (prenume) _____,
cod numeric personal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__,
act identitate _____ serie _____ nr. _____, nume anterior _____,
domiciliat(ă) în orașul _____, str. _____ nr. _____, bl.
_____, sc. _____, et. _____, ap. _____, sectorul (județul) _____, cod poștal |__|__|__|__|__,
tel. fix |__|__|__|__|__|__|__, mobil |__|__|__|__|__|__|__, e-mail _____,
posesor(posesoare) al(a) **Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr.**
_____ din data _____, având

codul unic de identificare a medicului (CUIM) 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. _____
3. _____
4. _____

Anexez prezentei cereri:

1. copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul;
2. 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;
3. copia adeverinței/declarației privind locul de muncă (în cazul în care ultima depusă la colegiul teritorial este mai veche de 5 ani).

Declar pe propria răspundere că:

Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor ILFOV 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) sunt:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

telefon _____ e-mail _____

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:

1. ridicare personal/împuternicit;
2. prin servicii de curierat cu plata la destinatar;
3. prin mijloace electronice (se va indica obligatoriu adresa de e-mail pentru transmiterea avizului anual și numărul de telefon).

Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singură variantă din cele 3 menționate la paragraful de mai sus.

<p>Data</p> <p>.....</p> <p>Semnătura,</p> <p>.....</p>

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor ILFOV