



ANGAJAMENT

Subsemnatul/subsemnata _____,
domiciliat/ă în _____,
legitimată/ă cu CI seria _____ nr _____, CNP _____,
email _____,
număr de telefon _____, medic specialist/primar,
specialitatea _____,
membru al Colegiului Medicilor din Municipiul București, posesor al
Certificatului de Membru CMR nr _____,

declar pe proprie răspundere faptul că, imi asum obligația de a depune la
CMMB documentele care să ateste cumularea de puncte EMC, în termen de
90 de zile de la data semnării prezentului angajament.

Data

Semnătură