CERERE DE ELIBERARE A VIZEI ANUALE PENTRU CERTIFICATUL DE MEMBRU

Doamnă Preşedinte,

Subsemnatul(a), nume ....., iniţiala tatălui .....,

prenume ..... cod numeric personal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

act identitate ..... serie ..... nr. ..... nume anterior .....,

domiciliat in oraş ....., str. .....,

nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector (judeţ) ....., cod

poştal |__|__|__|__|__|__|, tel. fix |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

e-mail ....., posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al

Colegiului Medicilor din România nr. …… din data ……, vă rog să-mi aprobaţi acordarea vizei anuale pe Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România.

Anexez prezentei cereri copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională, certificată conform cu originalul.

Anexez de asemenea, documente doveditoare pentru completarea punctajului EMC, pe care le declar conforme cu originalul.

Declar pe proprie răspundere că:

[ ] Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor din Municipiul Bucureşti şi în cazul în care vor interveni modificari le voi comunica într-un termen de maxim 30 de zile.

[ ] Datele furnizate cu ocazia înscrierii s-au modificat după cum urmează:

……

……

[ ] Locul/locurile de munca actuale:

……

……

Sunt de acord ca numărul de telefon şi adresa de email să fie făcute publice:

Telefon …… email ……

Data ..... Semnătura .....

Doamnei Preşedinte al Colegiului Medicilor din Municipiul Bucureşti.