COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina, Jud. Olt, Str. Crişan, nr.9-11, Bloc Central, Mansardă,
Contact : 0751.259.159, 0763.120.571, www.cmolt.ro, E-mail: office@ot.colmed.ro

CERERE
DE AVIZARE ANUALĂ A CERTIFICATULUI DE MEMBRU

Subsemnatul(a),nume.....,iniţiala tatălui.....,prenume..... cod numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ,act identitate..... serie ..... nr. ....., nume anterior.....,domiciliat(ă) in....., str..... nr. ....., bl. ....., sc. ..... et. ....., ap. ....., sectorul (judeţul) ....., cod poştal |_|_|_|_|_|_|, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,e-mail ..... posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ..... din data....., avand cod unic de identificare a medicului nr. |_|_|_|_|_|_| _|_|_|_| vă rog să imi aprobaţi avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialităţi si/sau calificări profesionale:

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

Anexez prezentei cereri:

1. copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională care acoperă specialităţile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, cu valabilitate în perioada ....., certificată conform cu originalul;
2. documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât şi pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul;
3. copia adeverinţei/declaraţiei privind locul de muncă (în cazul în care ultima depusă la colegiul teritorial este mai veche de 5 ani).

Declar pe proprie răspundere că:

☐ Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor Olt şi în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maxim 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 / □ Nu sunt medic pensionar .

Sunt de accord ca numarul de telefon si adresa de e-mail sa fie facute public astfel:
Telefon.....E-mail.....

Doresc ca avizul anual sa îmi fie transmis astfel:

1. ☐ Ridicare personal/împuternicit;
2. ☐ Prin serviciul de curierat cu plata la destinatar;
3. ☐ Prin mijloace electronice (se va indica obligatoriu adresa de e-mail pentru transmiterea avizului anual si numarul de telefon).
   Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singura varianta din cele 3 mentionate la paragraful de mai sus.

Data..... Semnătura.....

Domnului Preşedinte al Colegiului Medicilor Olt.