COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina-Olt str. Crişan nr.9-11, Mobil : 0751.259.159, 0763.120.571, Tel fax: 0249/41.30.60,

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 anuala a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru urmatoarele specialitati si/sau calificari profesionale:

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

Anexez prezentei cereri:

1. copia politei de asigurare civila pentru greseli in activitatea profesionala care acopera specialitatile sau calificarile pentru care doresc acordarea vizei, certificata conform cu originalul.
2. documente doveditoare atat pentru completarea punctajului EMC, cat si pentru modificarile care au survenit de la comunicarea anterioara, pe care le declar conforme cu originalul.
3. copia adeverintei/declaratiei privind locul de munca (in cazul in care ultima depusa la colegiul teritorial este mai veche de 5 ani).

Declar pe proprie răspundere ca:

☐ Nu au intervenit modificări in datele furnizate de subsemnatul in formularul de inscriere in Colegiul Medicilor Olt si in cazul in care vor interveni modificari le voi comunica intr-un termen de maxim 30 de zile.

☐ Datele furnizate cu ocazia inscrierii/avizarii anterioare s-au modificat dupa cum urmeaza:

.....

Locul/locurile de munca actual(e) sunt:

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

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 imi fie transmis astfel:

1. ☐ Ridicare personal/imputernicit;
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.