

Cerere de eliberare a Certificatului profesional curent

(Certificat de bună practică medicală – good standing)

Domnule Președinte,

Subsemnatul(a)

NUME: _____ **PRENUME:** _____

Membru al Colegiului Medicilor din Municipiul București, având numărul de identificare profesională (cod de membru) __-____ și Codul Numeric Personal _____, telefon _____ vă rog să-mi aprobați eliberarea unui Certificat profesional curent (certificat de bună practică medicală – good standing), întrucât acesta îmi este necesar pentru:

- întocmirea dosarului de înscriere la examen de promovare profesională
- concurs de ocupare a unui post vacant de medic.
- Înființarea unui cabinet medical.
- exercitarea profesiei în afara granițelor României – *în acest caz bifați limba în care doriți redactarea celui de-al doilea exemplar original:*
 - engleză
 - franceză

Instituția destinatar a certificatului solicitat este:

Denumire: _____

adresa: _____

Semnătura

Data

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Municipiul București