

Formular
pentru solicitarea vizei anuale a Certificatului de membru CMR

Subsemnatul _____, posesor al certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România seria B___ nr._____/__ din data _____, trimit atașat copie după polița de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională în vederea obținerii vizei anuale pentru Certificatul de membru.

Doresc

să ridic personal viza anuală de la sediul CMMB

să primesc prin poștă viza anuală la adresa: Cod poștal _____

Str _____, nr.____, bl, _____, sc.____, et.____, ap. _____ sector _____,

Declar pe propria răspundere că am achitat cotizația datorată Colegiului Medicilor din Municipiul București până la data _____

În **ultimul an** am obținut ___ puncte EMC (pentru medicii care au depășit vârsta pensionării)

Pentru detalii pot fi contactat la telefon _____

Data

Semnatura

*Formularul completat, împreună cu copie după polița de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, poate fi **depus personal** la sediul CMMB sau poate fi trimis:*

· **prin fax**, la numărul **021-315.12.26**

· **prin poștă**, la adresa Avram Iancu nr. 1, sector 2, București - 024014

· **prin e-mail**, la adresa vize@cmb.ro

Pentru medicii rezidenți nu este necesară copie după polița de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională

Medicii care au depășit vârsta pensionării vor trimite și copie după certificatul de sănătate

Informații suplimentare pot fi obținute la telefoanele **021-310.21.26** sau pe www.cmb.ro