

Cerere de transfer

Domnule Președinte,

Subsemnatul(a)

NUME: _____ **PRENUME:** _____

cu domiciliul în _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, sector _____, membru al Colegiului Medicilor din România din _____, posesor al certificatului de membru B0 - _____ / _____, din _____, vă rog să îmi aprobați transferul la Colegiul Medicilor _____

Motivul transferului îl constituie _____

Precizez că până la această dată mi-am exercitat profesia în cadrul _____

Vă rog ca odată cu nota de transfer să îmi fie remise copii ale următoarelor documente din dosarul meu profesional _____

Data

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Municipiul București