



ANGAJAMENT

Subsemnatul/subsemnata _____,
domiciliat/ă în _____,
legitimat/ă cu CI seria _____ nr _____, CNP _____,
email _____,
număr de telefon _____, medic specialist/primar,
specialitatea _____,
membru al Colegiului Medicilor din Municipiul București, posesor al
Certificatului de Membru CMR nr _____,

declar pe proprie răspundere faptul că, imi asum obligația de a depune la
CMMB documentele care să ateste cumularea de puncte EMC, în termen de
90 de zile de la data semnării prezentului angajament.

**Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in niciuna din situatiile
prevazute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. In conformitate cu
prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul
fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul
pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului
Medicilor din Municipiul Bucuresti, orice modificare a acestor date.**

Data

Semnatură