

Doamna Președinte,

Subsemnatul(a),

nume, inițiala tatălui, prenume

cu domiciliul în str., nr., bl., sc., et., ap.,

sector (județ), cod poștal _____ oraș,

tel. fix _____, mobil _____, e-mail

posesor(oare) al(a) certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România seria B _____ / _____

din data _____, vă rog să îmi aprobați transferul la Colegiul Medicilor

Motivul transferului îl constituie

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

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

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. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti.

Data

Semnătura

.....

.....

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor din Municipiul București.