CERERE DE ELIBERARE A AVIZULUI ANUAL

Doamnă Președinte,

Subsemnatul(a), nume ....., inițiala tatălui.....,

prenume..... cod numeric personal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

act identitate ..... serie ..... nr. ..... nume anterior.....,

domiciliat in ....., str ....,

nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector (județ)....., cod

poștal |__|__|__|__|__|__|, tel. fix |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

e-mail..... posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. …… din data....., avand cod unic de identificare a medicului nr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|vă rog să imi aprobați avizarea anuala a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru urmatoarele specialitati si/sau calificari profesionale:

1. ..... 2.....

3. ..... 4.....

Anexez prezentei cereri copia politei de asigurare civila pentru greseli in activitatea profesionala care acopera specialitatile sau calificarile pentru care doresc acordarea vizei, certificata conform cu originalul.
Anexez de asemenea, documente doveditoare atat pentru completarea punctajului EMC, cat si pentru modificarile care au survenit de la comunicarea anterioara, pe care le declar conforme cu originalul.
Declar pe proprie răspundere că:

☐ **Nu au intervenit** modificări în datele furnizate de subsemnatul in formularul de inscriere in Colegiul Medicilor din Municipiul Bucuresti și în cazul în care vor interveni modificari le voi comunica într-un termen de maxim 30 de zile.

☐ Datele furnizate cu ocazia inscrierii/avizarii anterioare s-au modificat după cum urmează:

……

LOCUL/LOCURILE DE MUNCA ACTUALE:

1..... 2.....

3..... 4.....

Doresc ca avizul anual sa imi fie transmis astfel:

1. ☐ Ridicare personal/imputernicit;
2. ☐ Prin serviciul de curierat cu plata la destinatar;
3. ☐ Semnat electronic (se descarca din contul personal al medicului din PORTAL CMMB).

Pentru transmiterea avizului anual se va opta DOAR PENTRU O SINGURA VARIANTA din cele 3 mentionate la paragraful de mai sus.

Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in vreuna 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