

Doamna Președinte,

Subsemnatul(a),

nume ....., inițiala tatălui ....., prenume .....

grad  specialist  primar

vă rog să-mi aprobați eliberarea Autorizației pentru Licența de înlocuire, în baza următoarelor documente:

- certificat membru vizat (copie);
- C.I. (copie)

**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.