

Către

Comisia Județeană Paritară de Acreditare a  
Personalului Medical

CURRICULUM VITAE

**Date personale**

Numele.....Prenumele.....  
Codul numeric personal.....  
Domiciliu stabil în localitatea.....str.....  
Nr.....bl.....ap.....telefon.....  
Domiciliu flotant în localitatea.....str.....  
Nr.....bl.....ap.....telefon.....

**Date profesionale**

Cod medic (de pe parafă).....  
Specialitatea (1).....nr.act/data.....  
Gradul profesional (1).....nr.act/data.....  
Specialitatea (2).....nr.act/data.....  
Gradul profesional (2).....nr.act/data.....  
Titluri științifice / didactice.....nr.act/data.....  
Competență (1).....nr.act/data.....  
Competență (2).....nr.act/data.....  
Certificat membru nr./data.....  
Locul de muncă de bază.....  
Alte locuri de muncă.....

TRASEU PROFESIONAL.....

Modalitate de ocupare a postului (în localitatea pentru care se solicită acreditarea)....

.....intrare în județ (copie act doveditor).....

**Date despre cabinetul medical:**

Denumirea cabinetului.....  
Cod fiscal cabinet.....  
Localitatea.....Strada.....  
Nr.....Bloc.....Ap.....telefon.....  
Certificat de înregistrare a cabinetului în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale de la ASP  
nr.....  
Autorizație sanitară de funcționare nr.....data eliberării.....  
În baza Titlului VIII al Legii 15 / 2006 privind asigurările sociale de sănătate , solicit prin  
prezenta acreditarea ASS.....  
Cu acest prilej formulez și oferta de servicii constând în :.....

**NOTĂ:** Declar pe propria răspundere că datele cuprinse în prezenta cerere sunt reale și  
conforme cu documentele.

Data depunerii:

Specimen semnătură	Amprenta de parafă