

CERERE
de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), (numele), (inițiala tatălui),
(prenumele), CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act de identitate serianr., data expirării
nume anterior, domiciliat în orașul
str. nr., bl., sc., et., ap.,
sectorul (județul), cod poștal |_|_|_|_|_|_|, tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail
posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. din data, având
CUIM nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, cod parafa, vă rog să îmi aprobați avizarea anuală a
Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialități și/sau
calificări profesionale:

1. 2.
3. 4.

Anexez prezentei cereri copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul.

Anexez, de asemenea, documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât și pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul.

Declar pe propria răspundere că:

☐ Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor Sibiu și în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile.

☐ Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare s-au modificat după cum urmează:

.....

☐ Locul/locurile de muncă actual(e) este/sunt:

1. 2.
3. 4.

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:

☐ ridicare personal / imputernicit

☐ prin servicii de curierat cu plată la destinatar

☐ prin mijloace electronice la adresa de e-mail

Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singură variantă din cele 3 menționate mai sus

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în vreuna dintre situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor Sibiu orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informații din partea Colegiului Medicilor Sibiu.

Data

.....

Semnatura

.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Sibiu