

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 răspundere că nu contravin prevederilor art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere și voi anunța orice modificare a acestor date.

Data

.....

Semnătura

.....

Doamnei Președinte a Colegiului Medicilor din Municipiul București.