

Doamna Președinte,

Subsemnatul(a),

nume, inițiala tatălui, prenume

posesor(oare) al(a) certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România seria B ____-____ din

data ____-____-____, avînd codul numeric personal _____,

telefon _____, vă rog să-mi aprobați eliberarea unui Certificat profesional curent

(certificat de bună practică medicală - good standing), întrucât acesta îmi este necesar pentru:

- întocmirea dosarului de înscriere la examen de promovare profesională
- concurs de ocupare a unui post vacant de medic.
- înființarea unui cabinet medical.
- exercitarea profesiei în afara granițelor României - în acest caz bifați limba în care doriți redactarea celui de-al doilea exemplar original:
 - engleză
 - franceză

Instituția destinatar a certificatului solicitat este:

denumire

adresă

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.