

FORMULAR DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL MEDICILOR DIN MUNICIPIUL BUCUREŞTI

Subsemnatul(a), nume , inițiala tatălui,

prenume solicit înscrierea în Colegiul Medicilor din Municipiul București și eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii.

Date personale

Cod numeric personal |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|, act identitate serie nr.
nume anterior data nașterii |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| cetățenia

Titlul oficial de calificare în medicină

Instituție absolvită promoția
Diplomă (serie/număr/data eliberării) |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Cod parafă |_____|_____|_____|_____|

Pregătirea profesională

Prima specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar
A doua specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar
A treia specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar
A patra specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar
Atestate de studii complementare

[] doctor în medicină grad cercetare grad universitar
la Universitatea

Loc/locuri de muncă (se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent activitate medicală)*

1. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
2. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
3. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Adresă de domiciliu

Str. , nr., bl., sc., et., ap., sector (judet), cod poștal |_____|_____|_____|_____|_____|_____|
oraș , tel. fix |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|, mobil |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
e-mail

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. , nr., bl., sc., et., ap. sector

Declar pe proprie răspundere că nu ma aflu în niciuna din situațiile prevazute de art. 388 și 389 din Legea 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și ma oblig să aduc la cunoștință Colegiului Medicilor din Municipiul București, orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea Colegiului Medicilor din Municipiul București

Data

Semnătura

Nume, prenume

* Loc/locuri de muncă (continuare)*

4. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
5. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
6. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
7. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
8. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
9. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
10. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
11. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|
12. unitatea medicală
adresa tel. |_____|_____|_____|_____|