

Doamna Președinte,

Subsemnatul(a),

nume, inițiala tatălui, prenume

cu domiciliul în str., nr., bl., sc., et., ap.,

sector (județ), cod poștal _____ oraș,

tel. fix _____, mobil _____, e-mail

posesor(oare) al(a) certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România seria B _____ / _____

din data _____, vă rog să îmi aprobați transferul la Colegiul Medicilor

.....

Motivul transferului îl constituie

.....

Până la această dată mi-am exercitat profesia în cadrul

.....

Vă rog ca odată cu nota de transfer să îmi fie remise copii ale următoarelor documente din dosarul meu

profesional

.....

.....

Declar pe propria răspundere că am achitat cotizația datorată Colegiului Medicilor din Municipiul București

până la data _____.

Data

.....

Semnătura

.....

Doamnei Președinte a Colegiului Medicilor din Municipiul București.