

Anexa Nr. 8  
(Anexa nr. 5 la Decizia nr. 16/2016)

**CERERE**  
**de avizare anuală a certificatului de membru**

Subsemnatul(a), (numele) \_\_\_\_\_, (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_,  
(prenumele) \_\_\_\_\_, cod numeric personal [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_],  
act de identitate \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ nume anterior \_\_\_\_\_,  
domiciliat în orașul \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_,  
sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sectorul (județul) \_\_\_\_\_, cod poștal  
[\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_], tel. fix [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_], mobil [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_], e-mail  
\_\_\_\_\_, posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului  
Medicilor din România nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_, având codul unic de identificare a  
medicului nr. [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_], 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 Hunedoara 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. \_\_\_\_\_

Sunt de acord ca numărul de telefon și adresa de e-mail să fie făcute publice, astfel:

telefon \_\_\_\_\_  e-mail \_\_\_\_\_

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:  ridicare personal/împuțernicit;  prin servicii de curierat cu plata la destinatar;  prin mijloace electronice (dacă este posibil la nivelul colegiului teritorial).

Data

Semnătura

\_\_\_\_\_

**Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Hunedoara**