

Nr. Înregistrare / data.....

Doamnă Președinte,

Subsemnatul(a) Numele ..... Prenumele .....

CNP ..... cu domiciliu stabil în .....

Str. .... nr. .... bl. .... sc. .... et. .... Ap. ....

Absolvent al Universității .....Anul .....

Având diploma de licență seria ..... Nr. .... Cod de parafă .....

Grad profesional ..... Specialitatea .....

Competente ..... Telefon mobil .....

adresa e-mail .....

Având locul de muncă la ..... Localitatea .....

Str. ....Nr..... Bl..... sc..... Ap..... telefon cabinet .....

Vă rog să-mi aprobați vizarea Certificatului de membru seria ..... nr. .... pe anul .....

În susținerea cererii anexez :

- Asigurarea pentru răspunderea civilă în activitatea profesională încheiată la societatea ..... având seria ..... nr. .... valabilă în perioada .....
- Diplome de punctaj EMC în original;
- Certificat de membru CMDR în original.

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art.481 și 482 (1) din Legea 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul XIII “ Exercițarea profesiei de medic dentist. Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor Dentiști din România” sunt de accord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere și mă oblig să aduc la cunoștință CJMD-Mureș orice modificare a acestor date .

Data .....

Semnătura .....

Chitanta nr.		lei
--------------	--	-----