

Cerere

de avizare a certificatului de membru

Se completează de colegiul teritorial

1. Verificare prealabilăⁱ Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru avizarea certificatului de membru: DA/ NUⁱⁱ

Data

Avocat Secrieriu I.Valentin -Viorel - CABINET AVOCAT

Semnătură Persoana desemnată

2. Se certifică îndeplinirea condițiilor de avizare a certificatului de membru deținut de d-ra/d-na/d-nul _____

 DA/ NUⁱⁱⁱData

AVIZAT

AVIZAT

Departament Acreditări, avizări CMS Iași:Departamentul de EMC al CMS Iași:Dr. Păruș Dorin-Alexandru _____
perioada

Nr.ore EMC _____ pentru

Membri

Conf. Univ. Dr. MOCANU CONSTANȚA

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic

Cod parafă

Certificat de membru

seria

nr.

II. Domiciliul sau, după caz, reședința^{iv}

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

III. Date de contact

Telefon:

E-mail:

IV. Comunicare adrese/notificări/decizii Birou executiv, Comisie de disciplină, Comisie de alertă etc.

Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMDR și la adresa:

 sediului profesional (unității prevăzute la pct. V) de poștă electronică (e-mail) altă adresă*

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

