

CMI/SC/SCM _____

Nr.de înregistrare _____ din _____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se adeverește ca dr _____ profesază
ca medic dentist/stomatolog în cadrul CMI/SC/SCM _____ din
data _____ până în prezent.

Dr. _____

Reprezentant legal al CMI/SC/SCM _____