

Cerere-tip
de reacreditare a furnizorilor de educație medicală continuă

I. Informații generale privind solicitantul (persoana juridică):

1. Denumire _____
2. Sediul _____ (localitate),
str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____,
sector/județ _____, cod fiscal _____.
3. Tipuri de EMC pentru care se solicită reacreditarea:
 Formale Nonformale EMCD
4. Lectori acreditați de CMSR care vor susține formele de EMC
Nume și prenume _____
Grad profesional _____ Specialitate, competențe _____
... (se completează în continuare)
5. Surse de finanțare (explicit menționate)

6. Persoana desemnată de solicitant pentru a îl reprezenta în relația cu CMSR, obligatoriu membru activ al CMSR:

Nume și prenume _____
Date de contact: Telefon _____ E-mail _____

II. Declarație pe propria răspundere a reprezentantului solicitantului

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile Codului Penal cu privire la falsul în declarații, că:

- a) solicitantul respectă procedurile, criteriile și normele prevăzute în Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2021 privind reglementarea sistemului de educație medicală continuă pentru medicii stomatologi, a criteriilor și normelor de acreditare a furnizorilor de educație medicală continuă și a lectorilor, precum și a procedurilor de evaluare și creditare a formelor de educație medicală continuă adresate medicilor stomatologi;
- b) sunt / nu sunt menținute condițiile avute în vedere la acreditare, respectiv la ultima reacreditare.

Declar lipsa oricăror potențiale interese comerciale directe, potențiale conflicte de interese sau bias*, în activitatea _____ și a membrilor săi.

Data ____/____/____

(Solicitant)

(Nume și prenume reprezentant)

(semnătură)

Note:

* Bias - termen utilizat pentru descrierea unei tendințe sau preferințe către o anumită perspectivă, ideologie sau rezultat, în special atunci când tendința interferează cu abilitatea de a fi imparțial și obiectiv.

