Cerere de acordare a vizei anuale pe certificatul de membru

Nr_____/_____

Domnule Preşedinte,

Subsemnatul(a), (numele) _____, (iniţiala tatălui)_____, (prenumele) _____ cod numeric personal_____, act de identitate_____ seria ____ nr_____ nume anterior _____ domiciliate în oraşul _____ str._____nr_____, bl._____, sc._____, et._____, ap. _____, judeţul _____, cod parafa_____, tel. fix _____, mobil _____, email_____, 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 aprobaţi avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialităţi şi/sau calificări profesionale:

1. _____
2. _____
3. _____

Anexez prezentei cereri copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională care acoperă specialităţile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul.

Anexez, de asemenea, documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât şi 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 Valcea şi 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. _Principal: _____
2. Secundare:_____
3. _____
4. _____

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

[ ] telefon _____ [ ] e-mail _____

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, confom Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR).

Data Semnătura

Domnului Preşedinte al Colegiului Medicilor Valcea