

Se completeaza de personalul EMCB

[] RT [] Data
[] TS [] U/N

Se completeaza la colegiul judetean

CMR judet

nr. inregistrare /

ADEVERINTA Prin prezenta se adevereste ca dl. / d-na.

nume

prenume

grad profesional

specialitatea

cnp

cod parafa

locul de munca

oras

este membru al Colegiului Medicilor din Romania, avand cotizatia platita la zi.

semnatura si stampila
colegiului judetean

Se completeaza de catre solicitant

Pot fi contactat de personalul implicat in realizarea programului EMCB la:

email

telefon fix /

telefon mobil /

Declar ca sunt de acord cu folosirea datelor personale pentru desfasurarea programului de educatie medicala continua EMCB, si doresc sa fiu inscris in acest program.

Semnatura

Parafa