

Adresă de domiciliu

Str. nr., bl. sc., et., ap.,
cod poștal, localitatea, satul (dacă este cazul),
sectorul (județul), tel. fax [|||||], mobil [|||||],
e-mail

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. nr., bl., sc., et., ap.,
cod poștal, localitatea, satul (dacă este cazul),
sectorul (județul)

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situațiile prevăzute de art.388 și 389 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor orice modificare a acestor date.

Data.

Semnătura.

Numele și prenumele.....

Loc/Locuri de muncă (continuare)*

| | | |
|----------------------------|--------------|--------------|
| 4. unitatea medicală | adresa | tel. [] |
| 5. unitatea medicală | adresa | tel. [] |
| 6. unitatea medicală | adresa | tel. [] |
| 7. unitatea medicală | adresa | tel. [] |
| 8. unitatea medicală | adresa | tel. [] |

Documentul se va tipări față-verso.