



Colegiul Medicilor Stomatologi BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, 020701, Sector 2, București 0770 608 967 / 0770 608 180 office@cmsb.ro cmsb.ro

Nr. înregistrare _____

Cerere

pentru eliberare adeverință

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Cod numeric personal

II. Gradul profesional:

III. Solicit eliberarea unei adeverințe din care să rezulte că nu mi s-au aplicat sancțiuni prevăzute la articolul 455 alin. 1, lit. e) sau f) la articolul 541 alin. 1 lit. d) sau e) din legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată cu modificările și completările ulterioare, aceasta fiindu-mi necesară în scopul :

IV. Destinatarul* :

*Instituția care solicită prezentarea

Denumirea publicării anunțului în _____ , nr. _____
din data de _____.

Data _____

Semnătura

Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către colegiul teritorial/național pentru realizarea scopului și obiectivelor sale, precum și pentru prestarea serviciilor solicitate de către dumneavoastră sau pentru campanii de informare efectuate de către colegiul teritorial/național în condițiile mai sus-menționate, inclusiv prin transmiterea de buletine informative, anunțuri, mesaje text (sms), e-mail etc., în format tipărit sau electronic. Aceste informații pot fi comunicate titularului datelor.

Departament Secretariat

Nume, prenume solicitant _____

Data _____

Semnătură

Semnătură Președinte CMSB