

### **C3 – CERERE AVIZARE CERTIFICAT MEMBRU**

**Achitat** \_\_\_\_\_

**Termen** \_\_\_\_\_

**EMC** \_\_\_\_\_

**Dosar** \_\_\_\_\_

### **DOMNULE PREȘEDINTE**

Subsemnatul/a Dr. \_\_\_\_\_,  
domiciliat/a în \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_

Vă rog a-mi aviza certificatul de membru seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat  
de Colegiul Județean al Medicilor \_\_\_\_\_, pentru anul în curs.

Anexez documentele necesare:

- copia asigurării de răspundere civilă profesională ( malpraxis), valabilă pentru anul în curs;
- certificatul de membru, în original;
- creditele de educație medicală continuă acumulate în cursul anului anterior ( minim 40 credite EMC/an);
- taxa de avizare

Tg-Mureș,

\_\_\_\_\_

Semnătura și parafa

\_\_\_\_\_