

C4 – CERERE TIP DE TRANSFER

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a dr. _____ cu
domiciliul în _____
, membru al Colegiului Medicilor din România din _____
posesor al Certificatului de membru cu nr. _____ din _____

Vă rog să-mi aprobați transferul la Colegiului Medicilor _____

Motivul transferului îl constituie _____

Precizez că până la această dată mi-am exercitat profesia în cadrul _____

Vă rog ca odată cu nota de transfer să-mi fie remise copii ale următoarelor acte din
dosarul meu profesional:

Data _____

Semnătura