

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:

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal.

Data _____

Semnătura _____