Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F7**

**Cerere**

de eliberare a notei de transfer

|  |
| --- |
| Subsemnatul/Subsemnata, |
| domiciliat/ă în |

|  |
| --- |
| str. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nr. | bl. | sc. | et. | ap. |

|  |
| --- |
| sector/județ cod poștal |
|  |
| membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România din data de  |
| posesor al/posesoare a certificatului de membru seria | nr. |
|  |
| nr. registru unic |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| solicit aprobarea transferului la Colegiului Medicilor Stomatologi |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| începând cu data de  |  | și eliberarea notei de transfer corespunzătoare. |

|  |  |
| --- | --- |
| Motivul transferului îl constituie schimbarea  |  |
| Precizez că până la această dată mi-am exercitat profesia în cadrul |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura