



COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, sector 2, 020721, București
Tel.: +4021.210.12.53 : Fax: +4021.210.12.54 : www.cmsb.ro : office@cmsb.ro
Notificare operator de date cu caracter personal nr. 4520

F1.1_RO

Nr. înregistrare _____

Cerere

de înscriere și de eliberare a certificatului de membru

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Cod numeric personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Act de identitate

carte de identitate

seria

nr.

Cod parafă

II. Titlu oficial de calificare în medicina dentară eliberat de:

Instituția de învățământ superior:

seria

nr.

din data de

III. Domiciliul sau, după caz, reședința¹

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

IV. Date de contact

Telefon:

E-mail:

V. Comunicare adrese/notificări/decizii Birou executiv, Comisie de disciplină, Comisie de alertă etc.

Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMSR și la adresa:

sediului profesional (unității prevăzute la pct. VI)

de poștă electronică (e-mail)

altă adresă*

*Altă adresă aleasă pentru comunicare

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

VI. Unitatea principală în cadrul căreia se va desfășura activitatea profesională

Denumire:

Cod fiscal/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

Sediu

Punct de lucru

Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.)

Localitatea

B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

Telefon:

Fax:

E-mail:

VII. Declar că am luat cunoștință de faptul că certificatul de membru se avizează anual în baza prezentării contractului de asigurare de răspundere civilă profesională valabil pentru perioada în cauză, a dovezii privind domiciliul/reședința și a unității în cadrul căruia se exercită profesia, precum și de obligația de efectuare a unui număr de 200 de credite EMC într-o perioadă de 5 ani, minim 20 de credite EMC anual, precum și de faptul că neîndeplinirea acestei obligații reprezintă abatere disciplinară conform art. 7 alin. (7) din Decizia Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.

VIII. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
2. nu sunt înscris ca membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România în alt colegiu teritorial;
3. nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 489 și 490 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic stomatolog;
4. unitatea principală în cadrul căreia voi exercita profesia este cea prevăzută la pct. VI din prezenta cerere.

IX. Cunosc faptul că am obligația de a anunța în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data apariției situației în cauză, cu privire la:

1. schimbarea domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic al medicului stomatolog adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;
2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic stomatolog;
3. exercitarea profesiei de medic stomatolog în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.

X. Solicit înscrierea în colegiul teritorial ca membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România și eliberarea certificatului de membru în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată și ale Deciziei Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.

XI. Atașez prezentei cereri următoarele documenteⁱⁱ:

- 1. copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în anet);
- 2. copie a titlului de calificare în profesia de medic stomatolog, precum și, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului;
- 3. certificat de cazier judiciar;
- 4. certificat de sănătate, care atestă starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic stomatolog, vizat inclusiv de medicul psihiatru;
- 5. copie a actului care atestă schimbarea numelui*;
- 6. copie a asigurării de răspundere civilă profesională;
- 7. dovada privind unitatea la care urmează să se exercite profesia de medic stomatolog (adeverință etc.)*;
- 8. dovada exercitării profesiei de medic stomatolog în ultimii 5 ani (adeverință pentru salariați/colaboratori model CMSB etc.)*.

*Dacă este cazul.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "*conform cu originalul*", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisurilor prevăzute la pct. 2 și 5, care vor fi certificate de personalul colegiului teritorial desemnat în acest sens, dacă se prezintă originalul. În lipsa originalului, se acceptă copii legalizate.

SUNT DE ACORD / **NU SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/național de informațiiⁱⁱⁱ privind:

- formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
- activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciile prestate de corpul profesional;
- serviciile prestate și/sau produsele furnizate de partenerii corpului profesional.

Data

Semnătură

Se completează de colegiul teritorial

1. Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru: DA / NU^{iv}

Data

Departament Avizări-acreditări

Semnătură

2. Certific faptul că solicitantul îndeplinește condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru.

Data

Departament Secretariat

Nume, prenume solicitant

Data depunerii jurământului profesional

--	--	--	--	--	--	--	--

Certificat de membru alocat seria

--	--	--	--

 nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Număr de înregistrare în Registrul unic al medicilor stomatologi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Taxă de înscriere în CMSR achitată cu OP/ CHT/...../...../.....Taxă de eliberare certificat achitată cu OP/ CHT/...../...../.....

Dată emitere certificat de membru al CMSR/...../...../.....

Semnătură

ⁱ Se atașează, în copie, dovada reședinței.ⁱⁱ Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoțite de o traducere legalizată a acestora, cu excepția cărții de identitate și a titlului de calificare în profesia de medic stomatolog emise de un stat membru al Uniunii Europene, al Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană, respectiv a extrasului certificatului de căsătorie emis conform prevederilor Convenției nr. 16 a Comisiei Internaționale de Stare Civilă referitoare la eliberarea extraselor multilingve ale actelor de stare civilă, semnată la Viena la 8 septembrie 1976 și la care România a aderat prin Legea nr. 65/2012, acestea urmând a purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului.ⁱⁱⁱ **Aveți dreptul de a vă opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrarea datelor personale în scopuri de marketing direct, respectiv la prelucrarea acestora în vederea informării cu privire la formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național, la activitățile desfășurate și serviciile prestate de colegiul teritorial/național în realizarea scopului și obiectivelor acestora, cu excepția celor prevăzute în mod expres de lege, precum și la serviciile și bunurile prestate/furnizate de partenerii colegiului teritorial/național de interes pentru medicii stomatologi.****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. Datele vor face obiectul transferului în străinătate (doar în țări membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European sau în Confederația Elvețiană) numai în cazul solicitării unui certificat de status profesional în vederea exercitării profesiei în afara granițelor României, emis conform legii/emiterii unei decizii de alertă în baza DCN nr.13/2016, precum și în cazuri expres prevăzute de lege. Conform Legii nr. 677/2001, beneficiați de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a vă adresa justiției.****Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată, semnată și comunicată personal sau prin poștă la sediul colegiului teritorial.**^{iv} Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.