



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

Nr. înregistrare _____

F7

Cerere

de eliberare a notei de transfer

Subsemnatul/Subsemnata,

domiciliat/ă în

str.

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

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