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

**F.**

**Cerere**

de încetare a calității de membru

|  |
| --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| conform prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată și ale Deciziei Consiliului național nr. 14/2CN/2019, solicit a mi se aproba încetarea activitatii de medic stomatolog in cadrul Colegiului Medicilor Stomatologi Bucuresti, incepand cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

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

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

Semnătura