



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 _____

F.

Cerere

de încetare a calității de membru

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/posezoare 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

