



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 suspendare a activitatii 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 suspendarea activitatii de medic stomatolog in cadrul Colegiului Medicilor Stomatologi Bucuresti, incepand cu data de _____ pentru o perioada de _____ ani , respectiv pana la data de _____, pe motiv ca:

1. Nu voi profesa pe teritoriul Romaniei.
2. Alt motiv.

Declar pe propria răspunde că imi asum cererea de suspendare, și ca la sfârșitul perioadei menționate, mă oblig să declar situația privitoare la modul de exercitare a profesiei de medic stomatolog în continuare, și că in caz contrar , imi asum rigurile legii in vigoare.

Data

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

Semnătura

