



Colegiul Medicilor Stomatologi BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, 020701, Sector 2, București 0770 608 967 / 0770 608 180 office@cmsb.ro cmsb.ro

Nr. înregistrare _____

F2.2_DPF

Declarație

pierdere/furt certificat de membru

Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic

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

Domiciliul sau, după caz, reședința

(Localitatea)

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

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

Declar pe propria răspundere că:

certificatul de membru

seria

--	--	--	--

nr.

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

emis/eliberat la data de

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

a fost

pierdut

furat

Data

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

Semnătura