



Către Președintele CMS BRAȘOV,

I. Subscrisul/Subscrisa

1.1.Denumirea

CF/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

1.2.Sediul

(Localitatea)

(Bd., str., allee, intrare etc.)

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

1.3.Reprezentant/ă prin

Nume

Prenume

Calitate/Funcție

II. Vă aducem la cunoștință că Doamna/Domnul

2.1. Nume și prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor stomatologi*

Cod parafă

2.2. Nume și prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor stomatologi*

Cod parafă

2.3.

Va exercita/exercită profesia de medic stomatolog* specialitatea/competența
.....pe o perioadă nedeterminată/ determinată
(perioada), începând cu data de.....În baza unui
 contract individual de muncă | contract de prestări servicii, la sediul/ punctul de lucru al
subscrisului/subscrisei.

III. Punctul de lucru (se completează numai dacă activitățile se desfășoară la punctul de lucru)

(Localitatea)

(Bd., str., allee, intrare etc.)

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

**IV. Atașăm prezentei copia certificatului de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România
certificată pentru conformitate cu originalul pentru persoana/persoanele mai sus-menționate.**

Data

Semnătura