



**Către Președintele CMS BRAȘOV,**

**I. Subsemnatul/Subsemnata**

Nume

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor stomatologi\*

Cod parafă

**II. Domiciliul sau, după caz, reședința**

(Localitatea)

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

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

**III. Adresă de corespondență (se completează dacă este diferită de cea de la pct. II)**

(Localitatea)

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

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

**IV. Date de contact**

Telefon

Fax

E-mail

V. Vă aduc la cunoștință că voi exercita/exercit 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, în cadrul cabinetului de medicină dentară:

**VI. Denumirea**

CF/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

**Sediul/punctul de lucru**

(Localitatea)

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

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

VII. Atașez prezentei copia certificatului de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi\* din România certificată pentru conformitate cu originalul.

Data

Semnătura