COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI BRAŞOV
Brasov - Str. Mihai Viteazu nr.6, bl.3, Ap.2
Tel: 0726191346 0775112971
cmdr_bv@yahoo.com.ph cmsbrasov@gmail.com

Anexa nr. 2

CERERE-TIP
de acreditare a furnizorilor de educaţie medicală continua

I. Informaţii generale privind solicitantul (persoana juridică):
1. Denumire .....
2. Sediu .....(localitate)....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul/judeţul ....., cod fiscal ..... .
3. Experienţă anterioară în organizarea de forme de educație medicală continuă ..... (de menţionat formele de educație medicală continuă organizate anterior prezentei solicitări) .....
4. Persoana desemnată de solicitant pentru a-l reprezenta în relaţia cu Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR), obligatoriu membru activ al CMSR:
Nume şi prenume .....
Date de contact: Telefon ..... E-mail .....
II. Declaraţie pe propria răspundere a reprezentantului solicitantului
Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile Codului penal cu privire la falsul în declaraţii, că am luat cunoştinţă de prevederile Deciziei Consiliului naţional al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 9/2CN/2026 privind reglementarea sistemului de educaţie medicală continuă pentru medicii stomatologi, pe care le vom respecta întocmai.
Declar lipsa oricăror potenţiale interese comerciale directe, potenţiale conflicte de interese sau bias*, în activitatea ..... şi a membrilor săi.
* Bias - termen utilizat pentru descrierea unei tendinţe sau preferinţe către o anumită perspectivă, ideologie sau rezultat, în special atunci când tendinţa interferează cu abilitatea de a fi imparţial şi obiectiv.

Data ...../...../.....
.....
(solicitant)
.....
(numele şi prenumele reprezentantului)
(semnătură)