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. 3

CERERE-TIP
de reacreditare a furnizorilor de educaţie medicală continuă

I. Informaţii generale privind solicitantul (persoana juridică):
1. Denumire .....
2. Sediu .....(localitate)....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul/judeţul ....., cod fiscal ..... .
3. 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:
a) solicitantul respectă prevederile Deciziei Consiliului naţional al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 9/2CN/2026 privind reglementarea sistemului de educaţie medicală continuă pentru medicii stomatologi;
b) ☐ sunt sau ☐ nu sunt menţinute condiţiile avute în vedere la acreditare, respectiv la ultima reacreditare.
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)