

**Cerere de notificare pentru practicarea medicinei dentare
pe teritoriul judetului Suceava
(pentru membrii altor colegii județene)**

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Prenume

Nr. de înreg. în Registrul unic al medicilor dentiști

Cod parafă

II. Domiciliul sau, după caz, reședința:

.....

(localitatea) (bd., str., alee, intrare etc.)

nr., bl., sc., et., ap., județ/sector

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

.....

(localitatea) (bd., str., alee, intrare etc.)

nr., bl., sc., et., ap., județ/sector

IV. Date de contact - obligatoriu:

Telefon, e-mail

V. Vă aduc la cunoștință că voi exercita/exercit profesia de medic dentist

.....

(specialitatea/competența)

pe o perioadă: nedeterminată, determinată, anume:
(perioada)

în baza unui: contract individual de muncă; contract de prestări servicii, în cadrul cabinetului de medicină dentară mai jos menționat:

VI. Denumirea cabinetului medico-dentar (CMI, Societate, Non-profit,etc):

.....
CF/CUI, Nr. Registru unic cabinete medicale

Sediul/Punctul de lucru în cadrul căruia voi profesa:

.....
(localitatea) (bd., str., alee, intrare etc.)
nr., bl., sc., et., ap., județul Suceava, cod
telefon, e-mail

VII. Atașez prezentei documentația aferentă notificării practicii pe teritoriul județului Suceava, așa cum mi-a fost comunicată de către secretariatul CMD Suceava/am consultat-o pe site-ul www.cmdsv.ro.

VIII. Declar următoarele:

- am cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006 Titlul XIII, ale Regulamentul de organizare și funcționare a Colegiului Medicilor Dentiști din România, ale Codului Deontologic al Medicului Dentist, precum și de prevederile legale în vigoare la data depunerii prezentei;
- mă oblig să plătesc aportul administrativ lunar, la termenul stabilit, așa cum a fost stabilit de către Colegiul Medicilor Dentiști Suceava;
- voi notifica orice modificare a datelor mai sus-menționate în maxim 30 de zile de la apariția acestora, pentru operarea lor în baza de date a CMD Suceava.

Data:

Semnătura medicului dentist:

VI.I. Suplimentar - dacă este cazul: Denumirea cabinetului medico-dentar (CMI, Societate, Non-profit,etc):

.....
CF/CUI, Nr. Registru unic cabinete medicale

Sediul/Punctul de lucru în cadrul căruia voi profesa:

.....
(localitatea) (bd., str., alee, intrare etc.)
nr., bl., sc., et., ap., județul Suceava, cod telefon
....., e-mail

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentiști Suceava

Nota: numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet.