

FORMULAR DE ÎNSCRIERE

în Colegiul Medicilor Suceava

(Decizia CMR nr. 16/2016, Anexa 4- modificată), completată după noi reglementări ulterioare

Subsemnatul(a), (nume),
(inițiala tatălui), (prenume)
solicit înscrierea în Colegiul Medicilor Suceava și eliberarea Certificatului de
membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale
completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii.

Date personale

CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sau data nașterii
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act de identitate seria nr.
data expirării, permis de ședere (dacă este cazul)
seria nr., nume anterior (dacă este cazul)
....., statul de origine
cetățenia 1. cetățenia 2.

Titlul oficial de calificare în medicină:

Diplomă/Adeverință (serie/număr/data eliberării)
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, eliberată de
..... promoția
recunoscută (dacă este cazul) prin certificatul de recunoaștere având
seria/nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,|

Cod parafă |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pregătirea profesională

- Prima specialitate grad:
[] rezident [] specialist [] primar, confirmată prin O.M.S. nr.din data de
- A doua specialitate grad:
[] rezident [] specialist [] primar, confirmată prin O.M.S. nr. din data de

• A treia specialitate grad:
[] rezident [] specialist [] primar, confirmată prin O.M.S. nr. din data de
(se vor bifa căsuțele ce corespund situației)

Atestate de studii complementare: (dacă este cazul)

.....
.....
.....

Titluri deținute în domeniul medicinei umane:

- [] grad universitar la Universitatea
- [] doctor în medicină;
- [] master în
- [] cercetător științific gradul
- [] formator în

Loc/Locuri de muncă (Se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent activitate medicală, ca angajat, colaborator sau medic titular/asociat/desemnat, atât pe teritoriul României, cât și pe teritoriul altor state.)*)

- 1. unitatea medicală adresa
..... tel.
- 2. unitatea medicală adresa
..... tel.
- 3. unitatea medicală adresa
..... tel.

Adresă de domiciliu

Str. nr.,
bl., sc., ap., cod poștal, orașul/comuna
....., satul (dacă este cazul),
județul, tel. fix, **mobil**
..... (obligatoriu),
e-mail@ (obligatoriu)

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. nr.,
bl., sc., ap., cod poștal, orașul/comuna
....., satul (dacă este cazul),
județul

De asemenea, subscriu la următoarele puncte:

- ✓ declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- ✓ sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere, inclusiv a CNP; am luat la cunoștință despre conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor Suceava, stabilit conform Deciziei C.M. Suceava nr. 121/23.05.2018;
- ✓ mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor Suceava orice modificări ale datelor declarate în prezenta, pe care **le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile**, cum ar fi:
 1. schimbarea domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare și de contact mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară, conform legislației;
 2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic;
 3. exercitarea profesiei de medic în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.
- ✓ datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
- ✓ nu sunt înscris/ă ca membru al Colegiului Medicilor din România (CMR), în alt colegiu teritorial;
- ✓ nu am întrerupt exercitarea profesiei/nu m-am aflat într-o situație de incompatibilitate prevăzută la art. 392 din Legea nr. 95/2006, republicată, pe o perioadă mai mare de 5 ani (în caz de reluare a activității sau în caz de transfer);
- ✓ mă oblig să achit cotizația de membru CMR, în caz contrar înțeleg să suport sancțiunile legale (neplata pentru o perioadă mai mare de 6 luni atrage suspendarea dreptului de practică);
- ✓ mă oblig să acumulez punctajului EMC prevăzut de legislație (minim 25 credite EMC pe an- Dec. CMR nr. 12/2018, dar voi avea în atenție acumularea a 200 credite EMC în 5 ani - perioada aferentă calculată pentru cazul propriu), în caz contrar înțeleg să suport sancțiunile legale (nerealizarea numărului de credite EMC în termenul stabilit de legislație, atrage suspendarea dreptului de practică).

CAZURI PARTICULARE:

- în cazul **medicilor rezidenți**, se va depune și copia certificată «conform cu originalul» a carnetului de rezident completat, ștampilat și vizat la zi;
- în cazul absolvenților facultăților de medicină care au finalizat pregătirea în rezidențiat, **dar nu au promovat examenul de specialitate**, se va depune și copia certificată «conform cu originalul» a dovezii de finalizare a rezidențiatului.

Titularul certificatului de membru are dreptul să practice profesia numai în specialitățile și calificările profesionale în care este avizat și numai în intervalul de timp pentru care există viza Colegiului teritorial al C.M.R., interval care va fi de maximum 1 an.

Anexez documentele solicitate de către Colegiul Medicilor Suceava, ce mi-au fost comunicate în prealabil, primind lămuriri suplimentare, dacă au fost necesare.

Loc/Locuri de muncă (continuare)*) - dacă este cazul

4. unitatea medicală adresa
..... tel.
5. unitatea medicală adresa
..... tel.

Sunt de acord „O”/ nu sunt de acord „O”¹ ca numărul de telefon și adresa de e-mail să fie făcute publice, în afara colegiului medicilor, cu excepția situațiilor prevăzute de lege, anume:

telefon, e-mail

¹ - se va bifa opțiunea dorită, în casuța „O”

Data

Semnătura

.....

.....

.....
(numele și prenumel, în clar)

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Suceava

Am primit copie după acest document, completat de subsemnatul/subsemnata, originalul rămânând la dosarul personal aflat la Colegiul Medicilor Suceava

Semnătura:

Anexă la Formularul pentru înscrierea în Colegiul Medicilor Suceava

nr. / 20

Subsemnatul/a dr.,

prin prezenta îmi exprim opțiunea privind achitarea cotizația lunare și/sau contribuției suplimentare lunare datorate, astfel:

a. **cotizația lunară** o voi achita:

- prin reținere din salariu, de către unitatea angajatoare
- prin achitare directă la Colegiul Medicilor Suceava (la casieria organizației sau prin virament bancar)

b. **contribuția suplimentară** (acolo unde este cazul - pentru medicii care lucrează în mai mult de un loc de muncă sau pentru medicii - membri ai altor colegii județene, unde e cazul) o voi achita:

- prin reținere din salariu, de către unitatea angajatoare, fiind adăugată cotizației de membru
- prin achitare directă la Colegiul Medicilor Suceava (la casieria organizației sau prin virament bancar) separat de cotizația lunară

c. **cotizația lunară și contribuția suplimentară** le voi achita împreună direct la Colegiul Medicilor Suceava (la casieria organizației sau prin virament bancar)

Cunatumul cotizației de membru al CMR, precum și contribuția suplimentară vor fi cele stabilite prin acte normative și se vor aplica acestora.

Semnătura:

Data:

- În atenția Comisie financiar - contabile a Colegiului Medicilor Suceava