



## COLEGIUL MEDICILOR VASLUI

Str. Spiru Haret, nr. 5, etaj 3, loc. Vaslui, jud. Vaslui

Cod fiscal 11824601, Tel/fax: 0335/412.236

e-mail: [colegiulmedicilordinvaslui@yahoo.com](mailto:colegiulmedicilordinvaslui@yahoo.com)

site: <http://www.vaslui-colmed.ro>

### **Cerere de eliberare a Certificatului profesional curent (certificat de bună practică medicală - good standing)**

Doamna/Domnule Președinte,

Subsemnatul/a....., posesor al actului de identitate tip  
....., serie ....., număr....., CNP....., vă rog să îmi  
eliberați certificatul profesional curent în scopul:

- exercitării profesiei de medic în afara României și doresc emiterea documentului în  
limba .....
- întocmirii dosarului de înscriere la examenul de promovare profesională sau concurs de  
ocupare a unui post vacant de medic;
- înființării de cabinet medical;
- alt scop: .....

Destinatarul (instituția pentru care se solicită certificatul profesional curent):

Denumirea:

.....  
....

Adresa completă:

.....

Calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România:

- în prezent, sunt membru al Colegiului Medicilor....., având  
CUIM.....
- am fost în trecut membru al Colegiului Medicilor ....., având CUIM  
.....

Sunt de acord cu menționarea adresei locului de muncă principal, iar, dacă acesta nu  
există, a adresei de domiciliu/reședință:

- Da  Nu

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. dovada identității (copia certificată "conform cu originalul" a actului de identitate/pașaportului);
2. dovada achitării taxei de eliberare a certificatului profesional curent;
3. alte documente (dacă este cazul, în special în scopul actualizării informațiilor existente la nivelul  
colegiului teritorial):

.....  
.....

Date de contact:

-Telefon: .....

-E-mail: .....

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea 95/2006. În  
conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea  
datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor  
din Vaslui orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea  
Colegiului Medicilor din Vaslui.

Data Semnătura

.....

Doamnei /Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Vaslui.