

Domnule Președinte,

I. Subscrisul/Subscrisa**1.1. Denumirea**

CF/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

1.2. Sediul

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Judet/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

1.3. Reprezentant/ă prin

Nume

Prenume

Calitate/Funcție

II. Vă aducem la cunoștință că Doamna/Domnul**2.1. Nume și prenume**

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor dentiști

Cod parafă

2.2. Nume și prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor dentiști

Cod parafă

2.3.

Va exercita/exercită profesia de medic dentist specialitatea/competența pe o perioadă nedeterminată/ determinată (perioada), începând cu data de în baza unui contract individual de muncă | contract de prestări servicii, la sediul/ punctul de lucru al subscrisului/subscrisei.

III. Punctul de lucru (se completează numai dacă activitățile se desfășoară la punctul de lucru)

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Judet/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

IV. Atașăm prezentei copia certificatului de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România certificată pentru conformitate cu originalul pentru persoana/persoanele mai sus-menționate.

Data

--	--	--

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentiști