

Domnule Președinte,

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Prenume

Nr. de înregistrare 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

cod poștal

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

(Localitatea)

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

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

IV. Date de contact

Telefon

Fax

E-mail

V. Vă aduc la cunoștință că voi exercita/exercit 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, în cadrul cabinetului de medicină dentară

VI. Denumirea

CF/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

Sediul/punctul de lucru

(Localitatea)

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

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

VII. Atașez prezentei copia certificatului de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România certificată pentru conformitate cu originalul.

Data

--	--	--

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentiști