

DECIZIE nr. 7 din 11 iulie 2015 privind procedura de notificare cu privire la exercitarea profesiei pe raza altui colegiu teritorial

În temeiul art. 500 și 524 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Consiliul național al Colegiului Medicilor Dentişti din România adoptă următoarea decizie:

Art. 1

(1) Medicii dentiști înscriși într-un colegiu teritorial, dacă exercită profesia și pe raza altui colegiu teritorial, sunt obligați să notifice și acest colegiu.

(2) Obligația prevăzută la alin. (1) revine și cabinetului de medicină dentară în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul dentist înscriș în alt colegiu teritorial decât cel pe raza căruia se află sediul cabinetului de medicină dentară sau punctul de lucru al acestuia, respectiv unității sau instituției în cadrul căreia este organizat cabinetul de medicină dentară.

Art. 2

(1) Notificarea, al cărei model este prevăzut în anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezenta decizie, se comunică colegiului teritorial pe raza căruia se exercită profesia de medic dentist înainte de începerea activității.

(2) În cazul medicilor dentiști care, la data intrării în vigoare a prezentei decizii, exercită profesia pe raza altui colegiu teritorial decât cel în cadrul căruia sunt înscriși, notificarea prevăzută la alin. (1) se comunică în termen de cel mult 30 de zile de la data prevăzută la art. 4.

(3) Comunicarea notificării prevăzute la alin. (1) se face în scris, prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fax sau poștă electronică printr-un înscris având atașată o semnătură electronică extinsă, bazată pe un certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat.

Art. 3

Încălcarea obligației prevăzute la art. 1 reprezintă abatere disciplinară.

Art. 4

Prezenta decizie intră în vigoare la 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Colegiului Medicilor Dentişti din România,
Ecaterina Ionescu

ANEXA nr. 1:

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 Dentişti din România certificată pentru conformitate cu originalul.

Data

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentişti

ANEXA nr. 2:

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., județ/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., județ/sector, cod poștal, telefon, fax, e-mail

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

Data

Semnătura
.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentişti

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 675 din data de 4 septembrie 2015

戀