

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

.....

.....

Nume....., prenume.....

Loc/Locuri de muncă (continuare)*

4. unitatea medicală tel., adresa

5. unitatea medicală tel., adresa

6. unitatea medicală tel., adresa

7. unitatea medicală tel., adresa

8. unitatea medicală tel., adresa

9. unitatea medicală tel., adresa

10. unitatea medicală tel., adresa

11. unitatea medicală tel., adresa

12. unitatea medicală tel., adresa