

COLEGIUL MEDICILOR SATU MARE

DECLARATIE

Subsemnatul/a Dr. _____

Domiciliat in _____ str. _____

Nr. _____, bl. _____ ap. _____, avind cod numeric personal _____

Declar pe proprie raspundere urmatoarele:

- nu am fost condamnat definitiv pentru savirsirea cu intentie a unei infractiuni contra umanitatii sau vietii in imprejurari legate de exercitarea profesiei de medic si pentru care nu a intervenit reabilitarea.
- nu am aplicata nici o pedeapsa de interdictie de a exercita profesia prin hotarire judecatoreasca sau disciplinara
- nu sunt angajat ori colaborator al unei unitati de productie ori de distributie de produse farmaceutice sau materiale sanitare
- am o stare de sanatate fizica si psihica corespunzatoare pentru exercitarea profesiei medicale.
- ma oblig sa achit cotizatia lunara catre Colegiul Medicilor Satu Mare pina in 25 a lunii urmatoare celei pentru care se achita.
- ma oblig sa declar Colegiului Medicilor Satu Mare, in termen de 30 de zile, orice schimbare survenita referitoare la starea mea administrativa, profesionala sau de sanatate.
- ma oblig sa respect in activitatea mea medicala Statutul si Codul Deontologic al CMR.

Satu Mare,
La data de _____

Nume si prenume,