



Notă

Textul reprezintă o reproducere neoficială a actului normativ și are caracter informativ.
Pentru varianta oficială vă rugăm să consultați Monitorul Oficial.

Decizie nr. 7/2015

privind procedura de notificare cu privire la exercitarea profesiei pe raza altui colegiu teritorial

Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 675 din 04.09.2015

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 Dentiști 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 înscris 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.

*Conform art. II din Legea nr. 35/2019 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, sintagma „*medic dentist*” a fost înlocuită cu sintagma „*medic stomatolog*”, sintagma „*Colegiul Medicilor Dentiști din România*” a fost înlocuită cu sintagma „*Colegiul Medicilor Stomatologi din România*”, iar sintagma „*CMDR*” a fost înlocuită cu sintagma „*CMSR*”.



Domnule Președinte,

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor stomatologi*

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 stomatolog* (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 Stomatologi* din România
 certificată pentru conformitate cu originalul.

Data

--	--	--

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Stomatologi*

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 stomatologi*

Cod parafă

2.2. Nume și prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor stomatologi*

Cod parafă

2.3.

Va exercita/exercită profesia de medic stomatolog* 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 Stomatologi din România
 certificată pentru conformitate cu originalul pentru persoana/persoanele mai sus-menționate.**

Data

--	--	--

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Stomatologi*