

**CERERE**  
**de eliberare a notei de transfer**

Subsemnatul/Subsemnata,.....,  
domiciliat/ă în ....., str. .... nr. ...., bl. ....,  
sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul ....., membru al Colegiului  
Medicilor Stomatologi din România din data de ....., posesor al/posesoare a  
certificatului de membru seria ..... nr. ...., nr. registru unic .....,  
telefon ....., e-mail .....,  
solicit aprobarea, în principiu, a transferului în alt colegiu teritorial începând cu data de  
....., eliberarea notei de transfer și comunicarea acesteia și a documentelor  
prevăzute în Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr.  
18/2CN/2024 pentru aprobarea procedurilor de transfer în alt colegiu teritorial, de suspendare  
a calității de membru sau a dreptului de exercitare a profesiei și de constatare a încetării  
calității de membru către Colegiul Medicilor Stomatologi .....

Motivul transferului îl constituie schimbarea:

domiciliului/reședinței

locului principal de exercitare a profesiei

Precizez că până la această dată mi-am exercitat profesia în cadrul

.....  
.....  
.....

Data ...../...../.....

Semnătura,

**NOTĂ:**

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR) și de colegiile teritoriale în scopul soluționării cererii și al îndeplinirii atribuțiilor corpului profesional, în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale Regulamentului de organizare și funcționare a CMSR, adoptat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 1/1AGN/2024, și ale Codului deontologic al medicului stomatolog, adoptat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 6/1AGN/2021, precum și ale Deciziei Consiliului național nr. 18/2CN/2024 pentru aprobarea procedurilor de transfer în alt colegiu teritorial,