

Către

Biroul executiv al Colegiului Medicilor Stomatologi

CERERE
de renunțare la calitatea de membru al CMSR.

I. Subsemnatul/Subsemnata,, nr. registru unic, domiciliat/ă sau, după caz, cu reședința în, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, telefon, e-mail, (dacă este cazul) prin*, telefon, e-mail conform procurii notariale/ împuternicirii avocațiale, solicit aprobarea renunțării la calitatea de membru al CMSR începând cu/...../.....

* Se precizează numele și prenumele reprezentantului și se atașează dovada calității de reprezentant.

II. Atașez următoarele documente:

certificatul de membru al CMSR, în original**;

** În situația în care cererea se depune prin mijloace electronice, certificatul de membru se comunică, în original, înainte de data soluționării cererii de către biroul executiv, dacă acesta nu a fost pierdut, distrus sau furat.

dovada publicării anunțului într-un cotidian național (dacă este cazul).

III. Solicit comunicarea notificărilor prin (se alege doar una dintre modalități.):

A. mijloace electronice, la adresa de e-mail

B. poștă:

1. la adresa de domiciliu/reședință;

2. la(numele și prenumele/denumirea), localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul

IV. Solicit comunicarea deciziei biroului executiv (se alege doar una dintre modalități.):

la sediul colegiului teritorial;

prin mijloace electronice, la adresa de e-mail

poștă, la adresa: de domiciliu/reședință/ prevăzută la pct. III lit. B subpct. 2.

Data,

Semnătura,