

Catre,

COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITATII PENTRU MEDICII CARE ISI  
DESFASOARA ACTIVITATEA DUPA IMPLINIREA VARSTEI DE PENSIONARE SI  
SUNT IN RELATIE CONTRACTUALA CU CASMB

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) \_\_\_\_\_,

medic \_\_\_\_\_ in specialitatea \_\_\_\_\_,

confirmat prin Ord. MS nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, incadrat(a) cu contract de munca pe durata

\_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_,

Va rog sa-mi aprobatii prelungirea activitatii dupa implinirea varstei de pensionare.

Anexez:

1. Dosar Plic
2. Cerere tip catre comisie **formular A - Furnizori de servicii spitalicesti aflatii in relatie contractuala cu C.A.S.M.B.;**
3. Copie B.I. / C.I. / pasaport;
4. Copie diploma de medic (licenta);
5. Copii ale documentelor care atesta schimbarea numelui (certIFICATE de casatorie, sentinta de divort, etc.), daca este cazul;
6. Solicitarea motivata a angajatorului pentru mentinerea in activitate (cu respectarea criteriilor de evaluare conform prevederilor Art. 1. A. lit. (i. – iv.)
7. Declaratie pe proprie raspundere ca nu exista reclamatii din partea pacientilor;
8. Copie aviz libera practica CMB;
9. Copie adresa notificare CASMB.

Numar mobil \_\_\_\_\_

SEMNATURA

DATA: \_\_\_\_\_

DOMNULUI PRESEDINTE AL COMISIEI