

Catre,

COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITATII PENTRU MEDICII CARE ISI
DEFASOARA 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 catre comisie - **formular C - Furnizori de servicii medicale in alte domenii de asistenta medicala decat cele prevazute la pc. A si B (ex. medici dentisti) aflatii in relatie contractuala cu C.A.S.M.B.;**
3. Copie B.I. / C.I. / pasaport;
4. Copie diploma de medic dentist (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. C. lit (i. – ii);
7. Declaratie pe proprie raspundere ca nu exista reclamatii din partea pacientilor;
8. Copie aviz libera practica CMDB;
9. Copie adresa notificare CASMB.

Numar mobil _____

SEMNATURA

DATA: _____

DOMNULUI PRESEDINTE AL COMISIEI