

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 B - Furnizori din asistenta medicala primara (medici medicina de familie) 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. B. lit. i. si lit. v. si a prevederilor OMS 1322/2006);
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