



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
Șos. București - Fătești nr. 7, sector 1, București, CP 013682, CIF 11626740
Tel: 021.315.38.29, 021.315.39.30, 031.690.10.02, Fax: 021.314.27.57
TELVERGE 0800.800.951, Email: contact@casmb.ro, Adresa web: www.casmb.ro



COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITĂȚII MEDICILOR CARE ÎȘI DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA DUPĂ ÎMPLINIREA VÂRSTEI DE PENSIONARE, ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASMB

Către,

COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITĂȚII PENTRU MEDICII CARE ÎȘI DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA DUPĂ ÎMPLINIREA VÂRSTEI DE PENSIONARE ȘI SUNT ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU C.A.S.M.B.

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) _____,
CNP _____ medic în specialitatea _____,
gradul profesional _____, având
titlul (doctor în științe / membru al Academiei) _____ confirmat
prin Ord. M.S. nr. _____ / _____, cod parafă _____ încadrat(a) cu contract
de muncă pe durată _____ la _____,
tel. _____ email _____

Va rog să-mi aprobați prelungirea activității după împlinirea vârstei de pensionare.

Anexez cererii următoarele documente:

- Copie CI/BI/PAȘAPORT
- Solicitarea motivată a angajatorului pentru menținerea în activitate, cu respectarea criteriilor de evaluare conform prevederilor Protocolului DSPMB/CMMB/CASMB nr.4882/1168/44001/12.02.2020;
- Declarație pe proprie răspundere ca nu au fost aplicate sancțiuni din partea Colegiului Medicilor;
- Copie Certificat de Membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- Copie Aviz liberă practică, în termen de valabilitate;
- Alte documente relevante prelungirii activității peste vârsta de pensionare.

Data _____

Semnătura _____