

**Notă**

Textul reprezintă o reproducere neoficială a actului normativ și are caracter informativ.  
Pentru varianta oficială a actelor normative vă rugăm să consultați Monitorul Oficial.

**Decizie nr. 7/2015**

privind procedura de notificare cu privire la exercitarea profesiei pe raza altui colegiu teritorial

Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 675 din 04.09.2015

În temeiul art. 500 și 524 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Consiliul național al Colegiului Medicilor Dentiști din România adoptă următoarea decizie:

**Art. 1. - (1)** Medicii dentiști înscriși într-un colegiu teritorial, dacă exercită profesia și pe raza altui colegiu teritorial, sunt obligați să notifice și acest colegiu.

**(2)** Obligația prevăzută la alin. (1) revine și cabinetului de medicină dentară în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul dentist înscris în alt colegiu teritorial decât cel pe raza căruia se află sediul cabinetului de medicină dentară sau punctul de lucru al acestuia, respectiv unității sau instituției în cadrul căreia este organizat cabinetul de medicină dentară.

**Art. 2. - (1)** Notificarea, al cărei model este prevăzut în anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezenta decizie, se comunică colegiului teritorial pe raza căruia se exercită profesia de medic dentist înainte de începerea activității.

**(2)** În cazul medicilor dentiști care, la data intrării în vigoare a prezentei decizii, exercită profesia pe raza altui colegiu teritorial decât cel în cadrul căruia sunt înscriși, notificarea prevăzută la alin. (1) se comunică în termen de cel mult 30 de zile de la data prevăzută la art. 4.

**(3)** Comunicarea notificării prevăzute la alin. (1) se face în scris, prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, fax sau poștă electronică printr-un înscris având atașată o semnătură electronică extinsă, bazată pe un certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat.

**Art. 3. -** Încălcarea obligației prevăzute la art. 1 reprezintă abatere disciplinară.

**Art. 4. -** Prezenta decizie intră în vigoare la 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Domnule Președinte,**

**I. Subsemnatul/Subsemnata**

Nume

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor dentiști

Cod parafă

**II. Domiciliul sau, după caz, reședința**

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr. bl. sc. et. ap.

Județ/Sector cod poștal

**III. Adresă de corespondență (se completează dacă este diferită de cea de la pct. II)**

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr. bl. sc. et. ap.

Județ/Sector cod poștal

**IV. Date de contact**

Telefon Fax

E-mail

**V. Vă aduc la cunoștință că voi exercita/exercit profesia de medic dentist (specialitatea/ competența)**  
 ..... pe o perioadă  nedeterminată/  determinată  
 (perioada) ....., începând cu data de ..... în baza unui  
 contract individual de muncă |  contract de prestări servicii, în cadrul cabinetului de medicină  
 dentară

**VI. Denumirea**

CF/CUI Nr. registru unic cabinete medicale

**Sediul/punctul de lucru**

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr. bl. sc. et. ap.

Județ/Sector cod poștal

Telefon Fax

E-mail

**VII. Atașez prezentei copia certificatului de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România  
 certificată pentru conformitate cu originalul.**

Data

Semnătura

**Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentiști .....**

**Domnule Președinte,**

**I. Subscrisul/Subscrisa**

**1.1. Denumirea**

CF/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

**1.2. Sediul**

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

**1.3. Reprezentant/ă prin**

Nume

Prenume

Calitate/Funcție

**II. Vă aducem la cunoștință că Doamna/Domnul**

**2.1. Nume și prenume**

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor dentiști

Cod parafă

**2.2. Nume și prenume**

Nr. de înregistrare în Registrul unic al medicilor dentiști

Cod parafă

**2.3. ....**

Va exercita/exercită profesia de medic dentist specialitatea/competența ..... pe o perioadă  nedeterminată/  determinată (perioada) ....., începând cu data de ..... în baza unui  contract individual de muncă |  contract de prestări servicii, la  sediul/  punctul de lucru al subscrisului/subscrisei.

**III. Punctul de lucru** (se completează numai dacă activitățile se desfășoară la punctul de lucru)

(Localitatea)

(Bd., str., alee, intrare etc.)

Nr.

bl.

sc.

et.

ap.

Județ/Sector

cod poștal

Telefon

Fax

E-mail

**IV. Atașăm prezentei copia certificatului de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România certificată pentru conformitate cu originalul pentru persoana/persoanele mai sus-menționate.**

Data

--	--	--

Semnătura

**Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentiști .....**