Colegiul Medicilor Stomatologi
ROMÂNIA

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, Bucureşti Tel: 0725.351.765, 0737.666.308 secretariat@cmsr.ro cmsr.ro

Nr. înregistrare _____

Declaraţie
privind practicarea ocazională a activităţii profesionale
în cadrul unor echipe mixte cu medici stomatologi români

Subsemnatul/Subsemnata Dr. _____, membru/ (-ă) al/(-a) Colegiului Medicilor Stomatologi _____, cu drept de liberă practică conform certificatului de membru CMSR seria _____, nr. _____, emis în data de _____, în specialitatea/ specialităţile _____, în temeiul prevederilor art. 13 alin. 3 din Decizia CMSR nr. 16/2CN din 24 mai 2024 privind eliberarea avizului pentru exercitarea activităţilor profesionale stomatologice cu caracter temporar sau ocazional pe teritoriul României, declar pe propria răspundere, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, că Dr. _____, cetăţean _____, identificat prin actul de identitate _____, emis de _____, cu valabilitate până la data de _____, solicitant al emiterii avizului ocazional pentru activităţi profesionale pe teritoriul României în perioada _____, va exercita profesia **exclusiv** în echipa mixtă pe care o coordonez, alături de medici stomatologi români.

Totodată, declar că voi răspunde în solidar cu solicitantul în cazul producerii unor prejudicii în exerciţiul profesiei pe perioada de valabilitate a avizului ocazional emis de CMSR.

Data: ____/____/_____

Nume şi prenume _____

Semătură _____