

## Cerere de acreditare a furnizorului de educație medicală continuă (EMC)

### 1. Declarație pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de EMC

Subsemnatul/a....., domiciliat/ă în .....  
....., str. ...., nr. ....,  
bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector/județ ....., cod  
numeric personal ....., în calitate de .....,  
reprezentant legal al .....,  
(denumirea furnizorului de EMC), având sediul situat în .....,  
str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
sector/județ ....., cod fiscal .....,  
(dacă este cazul) înscris sub nr. .... în Registrul asociațiilor și fundațiilor aflat la grefa  
judecătorei ...../Registrul federațiilor aflat la grefa  
tribunalului ...../Registrul special .....,

**declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile Codului Penal cu privire la falsul în declarații, că  
subscrisa/subscrisul îndeplinește și respectă criteriile de acreditare ca furnizor de EMC prevăzute în Decizia  
Consiliului național al Colegiului Medicilor Dentiști din România nr. 58/2011 privind organizarea sistemului  
de educație medicală continuă pentru medicii dentiști și pentru aprobarea Regulamentului de educație  
medicală continuă al Colegiului Medicilor Dentiști din România, cu modificările și completările ulterioare**

**și solicit acreditarea subscrisei/subscrisului ca furnizor de EMC.**

### 2. Lectori acreditați de Colegiul Medicilor Dentiști din România care vor susține formele de EMC

Nume ..... și prenume .....

Titlul profesional-științific .....

Nume ..... și prenume .....

Titlul profesional-științific .....

Nume ..... și prenume .....

Titlul profesional-științific .....

Nume ..... și prenume .....

Titlul profesional-științific .....

Nume ..... și prenume .....

Titlul profesional-științific .....

### 3. Persoană de contact

(dacă este diferită de reprezentantul legal al Furnizorului de EMC)

Nume ..... și prenume .....

Titlul profesional-științific .....

Adresa .....

Telefon ....., fax ....., e-mail .....

**4. Atașez<sup>1</sup> prezentei cereri copia actului normativ în baza căruia a fost acreditată instituția de învățământ  
medical superior sau, după caz, copii legalizate ale hotărârii judecătorești, actului constitutiv și statutului  
din care rezultă că subscrisa/subscrisul deține atribuții de învățământ medical postuniversitar, respectiv de  
organizare de forme de educație medicală continuă în domeniul medicinei dentare.**

<sup>1</sup> Aplicabil numai în cazul instituțiilor de învățământ superior medical, al societăților științifice și al asociațiilor profesionale.

Data

...../...../.....

Reprezentant legal al Furnizorului de EMC

(Numele și prenumele)

.....

Semnătura și ștampila