

**Cerere de re 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,
acreditat de Colegiul Medicilor Dentiști din România ca furnizor de EMC la data de,

declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile Codului Penal cu privire la falsul în declarații, că:

1. subscrisa/subscrisul îndeplinește și respectă criteriile de re 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,
2. nu au intervenit modificări ale scopului și/sau obiectivelor prevăzute în statut referitoare la atribuțiile de educație continuă în domeniul medico-dentar față de data acreditării ca furnizor de EMC,
3. subscrisa/subscrisul nu se află în stare de dizolvare sau lichidare, respectiv nu i s-a suspendat/retras acreditarea ca instituție de învățământ medical superior,

și solicit re acreditarea 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

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

Data
...../...../.....

Reprezentantul legal al Furnizorului de EMC
(Numele și prenumele)
.....

Semnătura și ștampila

**Cerere de reacreditare
a furnizorului de educație medicală continuă (EMC)**

Adresa

Telefon, fax, e-mail

Data

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

Reprezentantul legal al Furnizorului de EMC
(Numele și prenumele)

.....

Semnătura și ștampila