

C E R E R E

pentru intrarea în relația contractuală cu Județul Galați (prin Consiliul Județean Galați) pentru realizarea activității de vaccinare împotriva COVID-19

SUBSEMNIATUL/A

NUMELE:

PRENUMELE:

DOMICILIAT/Ă :

STR.

NR.

BL.

SC.

AP.

MUNICIPIUL

JUDEȚUL

POSESOR AL CI/BI

SERIA:

NR:

CNP

TELEFON

E-MAIL

COD IBAN

DESCHIS LA

PROFESIA

MEMBRU AL:

COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA- COLEGIUL MEDICILOR GALAȚI

CERTIFICAT DE MEMBRU NR.

DIN DATA DE

AVIZ ANUAL DIN DATA DE

ADEVERINȚĂ COD PARAFĂ

NR.

DIN DATA DE

ELIBERATĂ DE

COD PARAFĂ

Solicit intrarea în relație contractuală cu Județul Galați (prin Consiliul Județean Galați) pentru realizarea activității de vaccinare împotriva COVID-19 într-unul din centrele de vaccinare înființate și organizate de Consiliul Județean Galați.

Data

Semnătura

Anexez prezentei următoarele documente:

- copie CI/BI

- extras de cont emis de

- copie Certificat de Membru nr. _____ / _____ emis de Colegiul Medicilor din România - Colegiul Medicilor Galați

- copie Aviz Anual emis de Colegiul Medicilor din România - Colegiul Medicilor Galați la data de _____.

- copie Adeverința Cod Parafă Medic nr. _____ / _____ eliberată de
