

Nr. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nr. credite \_\_\_\_\_

Semnătura reprezentantului CNEPC

**CERERE DE CREDITARE A MANIFESTĂRILOR EMC**

**\*Aviz președinte filială,  
(semnatură, ștampila)**

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CĂTRE,**

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA**

**Comisia Națională de Educație Profesională Continuă**

**I. INFORMAȚII GENERALE:**

**1. Informații organizatori:**

**A. NUMELE ENTITĂȚII ORGANIZATOARE A EVENIMENTULUI (FILIALA OAMGMAMR, ASOCIAȚIE, SOCIETATE MEDICALĂ, etc):**

.....

**B. Coordonator desemnat de organizator:**

Nume.....Prenume.....Titlu.....

Telefon.....Fax.....Email.....

**2. Coorganizatori sau parteneri:**

**A. Persoană juridică:**.....

Adresa:.....

Telefon.....Fax.....Email.....

Reprezentată de.....

**B. Persoană fizică:**

Nume.....Prenume.....Titlu.....

Telefon.....Fax.....Email.....

**II. DATE DESPRE PROGRAM:**

1. Titlul manifestării.....

2. Tipul manifestării.....

3. Data sau perioada de desfășurare:.....

4. Loc de desfășurare:.....

5. Grup țintă:.....

6. Numărul estimat de participanți.....

7. Programul manifestării (detaliat pe ore, zile după caz) – se anexează

8. Taxa participare \_\_\_\_\_ RON

**NOTĂ: DECLAR PE PROPRIA RĂSPUNDERE CĂ VOI ORGANIZA EVENIMENTUL EDUCAȚIONAL DE MAI SUS CONFORM PROGRAMULUI NAȚIONAL DE EDUCAȚIE MEDICALĂ CONTINUĂ.**

Data,

Semnătura,  
COORDONATOR DESEMNAS DE ORGANIZATOR  
(ștampila-după caz)

*\*Aviz președinte filială (pentru manifestările științifice organizate de filialele OAMGMAMR, sau de alte entități juridice, când certificarea se face la filiala pe teritoriul căreia se desfășoară manifestarea)*