Anexa 2

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

Semnătura reprezentantului CNEPC

**CERERE DE CREDITARE A MANIFESTĂRILOR EMC**

**\*Aviz preşedinte filială,**

**(semnatură, ştampila)**

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

**CĂTRE,**

**ORDINUL ASISTENŢILOR MEDICALI GENERALIŞTI, MOAŞELOR ŞI ASISTENŢILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA**

**Comisia Naţională de Educaţie Profesională Continuă**

1. **INFORMAŢII GENERALE**:

**1. Informaţii organizatori:**

**A.** NUMELE ENTITĂŢII ORGANIZATOARE A EVENIMENTULUI (FILIALA OAMGMAMR, ASOCIAŢIE, 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 desfasurare:........................................................................................................**
5. **Grup tintă:......................................................................................................................**
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 EDUCAŢIONAL DE MAI SUS CONFORM PROGRAMULUI NAŢIONAL DE EDUCAŢIE MEDICALĂ CONTINUĂ.***

Data, Semnătura,

COORDONATOR DESEMNAT DE ORGANIZATOR

(ştampila-după caz)

***\*Aviz preşedinte filială (pentru manifestările ştiintifice organizate de filialele OAMGMAMR, sau de alte entităţi juridice, când certificarea se face la filiala pe teritoriul căreia se desfaşoară manifestarea)***