**TABEL CENTRALIZATOR – DOCUMENTE DEPUSE ÎN VEDEREA OBȚINERII**

**AVIZULUI DE LIBERĂ PRACTICĂ PENTRU ANUL 2025**

Subsemnatul /-a ......................................................................, în calitate de ......................................................................................, tel.contact ......................................, am fost împuternicit/ - ă de persoanele nominalizate, mai jos, în vederea depunerii documentelor necesare în obținerii avizului de liberă practică și ridicării avizelor de liberă practică.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | NUME – PRENUME | DOCUMENTE ANEXATE  (Se marcheaza cu „X” documentele atasate) | | | |  |
| **CEREREA TIP**  **(Cerere eliberare** **Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2025)** | **Copie Carte de identitate (în cazul în care au survenit modificări în ultimul an calendaristic)** | **Polița de asigurare inviduală civilă valabilă pentru perioada 01.01.2025 – 31.12.2025** | **Dovada plății cotizației la zi, după caz (doar pentru membrii cărora nu li se oprește cotizatia de membru pe ștatul de plata)** | Alte documente ,dupa caz, se precizeaza documentele |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nr. crt. | NUME – PRENUME | DOCUMENTE ANEXATE  (Se marcheaza cu „X” documentele atasate) | | | |  |
| **CEREREA TIP**  **(Cerere eliberare** **Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2025)** | **Copie Carte de identitate (în cazul în care au survenit modificări în ultimul an calendaristic)** | **Polița de asigurare inviduală civilă valabilă pentru perioada 01.01.2025 – 31.12.2025** | **Dovada plății cotizației la zi, după caz (doar pentru membrii cărora nu li se oprește cotizatia de membru pe ștatul de plata)** | Alte documente ,dupa caz, se precizeaza documentele |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |