**Formular 4**

**Lista medicilor specialişti/primari obstetrică -ginecologie care vor furniza servicii în cadrul programului de screening**

**Lista medicilor specialişti/primari obstetrică -ginecologie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr crt** | **Nume şi prenume medic** | **specialitate** | **Telefon** | **email** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

Documente ataşate listei medicilor şi asistentilor medicali:

* copie conform cu originalul a actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea medicului (titular sau salariat în cadrul cabinetului medical), potrivit legii, după caz
* copie conform cu originalul a certificatului de membru emis de Colegiul Medicilor