Anexa nr. 2

ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul/a.....
medic specialist în.....,confirmat/ă prin Ordinul MS nr.....născut/ă la data de .....în localitatea ....., sectorul/judeţul ....., domiciliat în ....., str. ..... nr. ....., bloc ....., scara ....., etaj ....., apt. ....., sectorul/judeţul ....., posesorul/posesoarea buletinului/cărţii de identitate seria ..... nr. ..... eliberat/ă de ..... la data de ....., cod numeric personal .....
Având în vedere:

1. că am optat pentru efectuarea stagiului de pregătire în vederea obţinerii celei de-a doua specialităţi…….., în centrul universitar.....
2. cunoscând cuantumul taxei anuale în lei în sumă de .....lei, aferent efectuării stagiului de pregătire în vederea obţinerii celei de-a doua specialităţi, prevăzut în Anexa la Ordinul nr. 973/4592/2010 al ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei, cercetării, tineretului şi sportului, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 552 din 05.08.2010,

îmi asum prezentul:

ANGAJAMENT DE PLATĂ

prin care sunt de acord şi mă oblig, în termenele şi condiţiile stabilite de art.1 alin. (2) din Ordinul nr. 973/4592/2010 al ministrului sănătăţii şi al ministrului educaţiei, cercetării, tineretului şi sportului să plătesc suma de ..... lei în contul Beneficiarului Ministerul Sănătăţii, cu sediul în Bucuresti, str. Cristian Popişteanu, nr. 1-3, sect. 1, CUI 4266456 şi cont deschis la Direcţia de Trezorerie a Municipiului Bucureşti -IBAN RO36TREZ70020E365000XXXX, astfel:

a) Prima tranşă semestrială în sumă de ..... lei în termen de maxim 60 de zile calendaristice de la data începerii semestrului 1, al fiecărui an de pregătire
b) A doua tranşă semestrială în sumă de .....lei în termen de maxim 60 de zile calendaristice de la data începerii semestrului 2, al fiecărui an de pregătire

Neplata taxei în condiţiile prezentului angajament de plată, atrage excluderea definitivă din programul de pregătire, în conformitate cu prevederile art.1, alin.(3) din actul normativ mai sus menţionat.

Totodată mă angajez ca în termen de 15 zile să informez în scris Ministerul Sănătăţii asupra oricărei modificări în statutul meu (schimbare nume, domiciliu, act de identitate, unitate angajatoare, etc.)

Data: ...../...../.....

NUME SI PRENUME ÎN CLAR CU LITERE DE TIPAR.....

Semnătura celui ce se angajează la plată .....