

**ANGAJAMENT DE PLATĂ**

Subsemnatul/a.....  
medic specialist în.....,confirmat/ă prin Ordinul MS  
nr.....născut/ă la data de .....în localitatea  
....., sectorul/județul ....., domiciliat în ....., str.  
..... nr. ...., bloc ....., scara ....., etaj ....., apt. ....,  
sectorul/județul ....., posesorul/posesoarea buletinului/cărții 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 obținerii celei de-a doua specialități....., în centrul universitar.....
2. cunoscând cuantumul taxei anuale în lei în sumă de .....lei, aferent efectuării stagiului de pregătire în vederea obținerii celei de-a doua specialități, prevăzut în Anexa la Ordinul nr. 973/4592/2010 al ministrului sănătății și ministrului educației, cercetării, tineretului și 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 și mă oblig, în termenele și condițiile stabilite de art.1 alin. (2) din Ordinul nr. 973/4592/2010 al ministrului sănătății și al ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului să plătesc suma de ..... lei în contul Beneficiarului Ministerul Sănătății, cu sediul în Bucuresti, str. Cristian Popișteanu, nr. 1-3, sect. 1, CUI 4266456 și cont deschis la Direcția de Trezorerie a Municipiului București -IBAN RO36TREZ70020E365000XXXX, astfel:

- a) Prima tranșă 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 tranșă 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 condițiile prezentului angajament de plată, atrage excluderea definitivă din programul de pregătire, în conformitate cu prevederile art.1, alin.(3) din actul normativ mai sus menționat.**

Totodată mă angajez ca în termen de 15 zile să informez în scris Ministerul Sănătății 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 .....

---