

ANGAJAMENT DE PLATĂ*

Subsemnatul/a.....
medic specialist în, confirmat/ă prin Ordinul MS
nr. născut/ă la data deîn 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 în urma concursului de rezidențiat din sesiunea 16 noiembrie 2025 am ales loc/post în specialitatea cu încadrare la..... și 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 delei, 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, cu modificările și completările ulterioare
- 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, cu modificările și completările ulterioare,

să plătesc suma de lei în contul IBAN nr. RO36TREZ70020E365000XXXX, CUI-4266456, ATCP Mun. București (Activitatea de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București), beneficiar - Ministerul Sănătății, adresa: str. Cristian Popișteanu, nr 1-3, sector 1, București, cod: 010024, 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 delei 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 privind datele de identificare menționate mai sus (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

* Angajamentul de plată va fi însoțit de o copie a unui act de identitate în termen de valabilitate..