

Avizat,
Comisia de Avizari

CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL

Nr. _____ din _____

Domnule Presedinte,

Subsemnatul/a.....

Domiciliul in.....str.....nr.....

Bl.....sc.....et.....ap.....jud.....

Specialitatea..... Competenta
in.....

Va rog sa-mi aprobatii eliberarea Certificatului de Avizare a Cabinetului
Medical cu
numele.....

In specialitatea.....

Aflat la
adresa.....

Telefon.....reprezentat de mine ca titular/delegat

La prezenta anexez documentele necesare pentru obtinerea Certificatului
de Avizare a Cabinetului Medical si o copie dupa chitanta doveditoare a platii
taxei de avizare.

Declar pe propria raspundere ca acest cabinet indeplineste cerintele legale
cu privire la dotarea minima si ca nu mai sunt asociat unic al unui alt cabinet
medical.

Semnatura..... Data.....

Domnului Presedinte al Comisiei de Avizare a Cabinetelor Medicale a
Colegiului Medicilor Constanta

AVIZAT,
Colegiul Medicilor Constanta

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/a _____
medic _____ domiciliat in
_____ str. _____
(adresa completa)

Avand forma de organizare _____

Situat in _____ str. _____

Cu denumirea _____

Va rog sa-mi eliberati certificatul de inregistrare al acestui cabinet medical.

Medicul titular al cabinetului este _____

Avand codul personal (de pe parafa) _____

Locul de munca _____

Declar pe proprie raspundere ca nu posed alt spatiu cu destinatie de cabinet medical si ma oblig sa comunic orice modificare privind forma de executare a profesiei de medic conform ordonantei Guvernului nr.124/1998.

Data infiintarii cabinetului _____

Codul fiscal(pentru cei care au) _____

Data

Semnatura,

Domnului Director al Directiei de Sanatate Publica Constanta