

Avizat,
Comisia de Avizări

CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL

Nr. _____ din _____

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a Dr.
domiciliat/ă înstr.nr.
Bl.sc.et.ap.jud.
specialitateași
competență în
în calitate de medic *titular/delegat*.

Vă rog să-mi aprobați eliberarea Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical
cu numele
pentru *înființare cabinet / schimbare sediu / completare specialități / punct de lucru /
punct recoltă / schimbare formă organizare*, cod fiscal.....
în specialitatea/specialitățile
.....
aflat la adresa
telefon.....

Declar pe proprie răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu
privire la dotarea minimă.

Semnătura.....

Data.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Constanța