

CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI STOMATOLOGIC NR. __

NR. ÎNREG. ____ / _____

Subsemnatul/a Dr. _____
cu domiciliul în _____ Str. _____ nr. ____ bloc __ scara __ etaj
__ ap. ____ tel. _____ , mobil _____
specialitatea _____ , grad profesional _____ , competența
în _____
vă rog să-mi aprobați eliberarea :

Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical PRINCIPAL /SECUNDAR

Cu numele : Dr. _____

Forma de exercitare * _____

În specialitatea _____

Localitatea _____ adresa : _____ tel. _____

Medici angajați _____

reprezentat de mine ca medic titular / delegat.

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical .

Taxa de avizare este achitată cu chitanța nr. _____ din _____ .

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

Prin semnarea prezentei, declar pe proprie răspundere că am luat la cunoștință despre oblligația mea de a înștiința Colegiul Medicilor Dentişti Salaj, în termen de 10 zile, despre orice modificare a elementelor prevăzute în prezenta cerere și în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv orice angajare de personal medical .

Menționez că pe lângă prezentul cabinet , **sunt titular** și la cabinetul /ele :

Orașul _____ Adresa _____ Specialitatea _____
declarat/e cu activitate PRINCIPALĂ / SECUNDARĂ .

Semnătura : _____

Data : _____

Parafa : _____

*= cabinet: 1-individual, 2-grupat, 3-asociat, 4-societate civilă medicală.