

CERERE DE AVIZARE A UNUI S. R. L. MEDICAL

NR. ÎNREG. ____ / ____

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
_____ Str. _____ nr. ____ bloc __ scara _ etaj __ ap. ____
tel. _____ , mobil _____
specialitatea _____ , competența _____

vă rog să-mi aprobați eliberarea :

Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical:

Cu numele _____

Forma de exercitare * _S.R.L. _____ **cu unic domeniu de activitate**

Localitatea _____ adresa : _____ tel. _____

reprezentat de mine ca medic administrator / asociat .

Nr.înreg.la Cam.Comerț : ____ / ____ / ____ , **funcționând cu un număr de _____ cabinete medicale în următoarele specialități :**

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

Taxa de avizare este achitată cu chitanța nr. _____ din _____ , pentru un număr de _____ specialități .

Declar pe propria răspundere că această unitate îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă.

Prin semnarea prezentei, declar pe proprie răspundere că am luat la cunoștință despre obligația mea de a înștiința Colegiul Medicilor Dentişti Sălaj, 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 : _____

Stampila : _____