

CERERE DE AVIZARE A UNUI CABINET MEDICAL FĂRĂ PERSONALITATE JURIDICĂ

Nr. _____ din _____

DOMNULE PRESEDINTE,

Subsemnatul(a) Dr. _____
cu domiciliul în _____ Str. _____ nr. _____ bloc _____
scara _____ etaj _____ ap. _____ tel. _____ specialitatea _____,
grad profesional _____, atestat de studii complementare în _____

vă rog să-mi aprobați eliberarea:

**Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical
Declarat cu activitate PRINCIPALA / SECUNDARA**

Cu numele : _____
Forma de exercitare * _____
În specialitatea _____
Localitatea _____ adresa : _____ tel. _____
Medici angajați/colaboratori _____

Nr. cabinete de consultatie _____

reprezentat de mine ca medic titular/delegat.

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

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

Declar pe proprie răspundere că am luat la cunoștință despre obligația mea de a înștiința Colegiul Medicilor Stomatologi Braila, 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/colaborare cu alți medici. De asemenea, mă oblig să amplasez modelul unic la nivel național al firmei cabinetelor stomatologice, în conformitate cu prevederile Deciziei CMSR nr. 4/ 2CN/ 2022.

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,