

**CERERE DE AVIZARE A SOCIETATII MEDICALE CU
PERSONALITATE JURIDICA**

Nr. _____ din _____

DOMNULE PRESEDINTE,

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

vă rog să-mi aprobați eliberarea :

Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical:

Cu denumirea _____

Forma de exercitare S.R.L. **cu unic domeniu de activitate**, la locația:

Localitatea _____ adresa : _____ tel. _____

reprezentat de mine ca medic administrator / asociat.

Nr.înreg.la Cam.Comerț : J 9 / ____ / _____, funcționând cu un număr de _____
cabinete medicale în următoarele specialități : _____

si atestate de studii complementare _____

si medici angajați/ colaboratori : _____

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

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

Declar pe proprie răspundere că am luat la cunoștință despre oblligația 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 : _____

Stampila : _____