COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI ALBA

Nr. _____din _____

CERERE DE AVIZARE/REAVIZARE A CABINETULUI MEDICAL STOMATOLOGIC

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a _____
cu domiciliul in _____str. _____
_____ nr.____ bloc _____ scara _____ etaj _____ ap sector/judet _____
Specialitatea _____și competență in _____
_____, vă rog să-mi aprobați eliberarea Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical cu numele:
_____,
în specialitatea: _____, având sediul social la adresa: _____
_____ și punctul de lucru aflat la adresa : _____
_____,
reprezentat de mine ca medic titular/delegat.
Unitatea va funcționa cu ___cabinete medicale , având un numar de ___scaune.

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Certificatului de Avizare a Cabinetului medical stomsatologic și o copie după chitanța doveditoare a plății taxei de avizare.
Declar pe propria raspundere ca acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă, conform Ordinului M.S.F. nr. 153/2003 și că nu mai sunt unic asociat al unui alt cabinet medical.

Semnătura _____ Data _____

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Stomatologi ALBA