

CERERE DE AVIZARE CABINET MEDICAL SAU SRL

Vizat :
Departament Avizări

NR. ÎNREG. ____ / ____

Către:
Departamentul – Avizări al Colegiului Medicilor Braşov

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____
Str. _____ nr. ____ bloc __ scara __ etaj __ ap. ____ tel. _____ specialitatea
_____ grad profesional _____ competenţa _____
în calitate de reprezentant legal, administrator, împuternicit al (CMI, SRL, SCM, Fundaţie),
organizate potrivit Ordinului 1670/ 2025 sau cabinetelor cu personalitate juridică, conform
Legii societăţilor nr. 31/1990, cu denumirea:

vă rog să-mi aprobaţi eliberarea : **Certificatului de Avizare a Unităţii Medicale:**

Cu numele _____
Forma de exercitare _____ **cu unic domeniu de activitate** _____
Localitatea _____ adresa : _____
tel. _____ reprezentat de mine ca medic administrator / asociat

Nr.înreg.la Registrul Comerţului : J _____, CUI/CIF _____
funcţionând cu un număr de _____ cabinete medicale în următoarele specialităţi si
competenţe:

Prezentei, anexez declaraţie privind lista cu dotarea minima obligatorie existentă în concordanţă cu
serviciile medicale furnizate împreună cu documentele necesare, pentru obţinerea Certificatului de
Avizare, conform Ordinului 1670 din 24 nov. 2025

Taxa de avizare este achitată cu chit./OP nr. _____ din _____ , pentru un număr de ____ specialităţi.

Declar pe propria răspundere că această unitate îndeplineşte cerinţele legale cu privire
la dotarea minimă obligatorie

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoştinţă despre obligatia de a înştiinţa
Colegiul Medicilor Brasov despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare şi, respective în
certificatul de avizare pe care îl voi obţine, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă a altor medici, în
termen de 10 zile de la data producerii acestora.

Mă oblig sa depun la Colegiul Medicilor Brasov copie a Certificatului de inregistrare in Registrul Unic al
Cabinetelor medicale respectiv o copie a certificatului fiscal în termen de 60 de zile de la infiinţarea unităţii
sanitare.

Menţionez că pe lângă prezentul cabinet , **sunt titular** şi la cabinetul /ele :

Localitatea _____ Adresa _____

Specialităţile _____
declarat/e cu activitate PRINCIPALĂ / SECUNDARĂ .

Semnătura :

Data : _____

Parafa :