

CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL

Vizat :
Departament Avizări

NR. ÎNREG. ____ / ____ 20 ____

Către,
Departamentului Acreditări - Avizări
Colegiul Medicilor Brasov

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
Str. _____ nr. ____ bloc ____ scara ____ etaj ____ ap. ____
CNP _____ tel. _____, mobil _____
specialitatea _____, grad profesional _____ și competența în

vă rog să-mi aprobați eliberarea :

Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical PRINCIPAL /SECUNDAR

Cu numele : **Dr.** _____

CABINET MEDICAL _____

Forma de exercitare * _____

În specialitatea _____

Localitatea _____ adresa : _____ tel. _____

reprezentat de mine ca medic titular / delegat.

Medici angajați: _____

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

Taxa de avizare este achitată cu chitanța nr. _____ din _____ 20 ____

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

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

Menționez că pe lângă prezentul cabinet , **sunt titular** și la cabinetul :

Orașul _____ Adresa _____ Specialitatea _____
declarat cu activitate **PRINCIPALĂ / SECUNDARĂ** .

Semnătura : _____ Data : _____

Parafa _____

*= cabinet: 1-individual, 2-grupat, 3-asociat, 4-societate civilă medicală.