

CERERE DE AVIZARE A UNUI S. R. L. MEDICAL

Vizat : _____ NR. ÎNREG. ____ / ____ 20 ____

Departament Avizări

Către :

Departamentului Acreditări – Avizări

Colegiul Medicilor Brasov

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

vă rog să-mi aprobați eliberarea :

Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical:

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

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

Prezentei, anexez documentele necesare pentru obținerea Certificatului de Avizare.

Taxa de avizare este achitată cu chitanța nr. _____ din _____ 20 ____ , pentru un
număr de _____ specialități .

**Declar pe propria răspundere că această unitate 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 /ele :

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

Semnătura : _____

Data : _____

Parafa : _____