

Colegiul Medicilor Judetul Arges

Nr...../.....

Cerere de avizare a infiintarii cabinetului medical individual

Domnule presedinte,

Subsemnatul/a dr.....domiciliat/a in

.....,str.....,nr.....,bl....., sc.....,

ap....., jud....., avand specialitatea..... si

competenta....., in calitate de medic titular, va rog

sa-mi aprobat eliberarea certificatului de avizare al cabinetului medical individual cu

numele.....pentru

specialitatea..... si

competenta.....

Activitatea medicala se va desfasura la adresa:

.....
.....

Anexez la prezenta lista serviciilor medicale furnizate si lista personalului medical de specialitate anagajat cu contract individual de munca sau in alta forma.

De asemenea anexez si celelalte documente necesare pentru obtinerea certificatului de avizare, solicitate de lege.

Declar pe proprie raspundere ca acest cabinet medical indeplineste cerintele legale cu privire la dotarea minima.

In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate.

Semnatura

Data

Domnului presedinte al Colegiului Medicilor Arges