

**CM3 – CERERE AVIZARE SCHIMBARE SEDIU CABINET**

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DOMNULUI/DOAMNEI PREȘEDINTE AL COMISIEI DE AVIZĂRI  
ACREDITĂRI DIN CADRUL COLEGIULUI JUDEȚEAN AL MEDICILOR  
DENTIȘTI MUREȘ**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_,  
medic primar/specialist \_\_\_\_\_, având  
atestat/supraspecializare în \_\_\_\_\_ cu  
domiciliul în \_\_\_\_\_

Vă rog să avizați schimbării sediului cabinetului medical individual din \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ în \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Declar pe proprie răspundere că în cabinetul medical există dotarea minimă  
corespunzătoare activității medicale desfășurate.

Anexez documentația necesară avizării schimbării sediului cabinetului, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- copia autorizației sanitare de funcționare, eliberată pentru noul sediu;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- originalul certificatului de avizare eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Dentiști Mureș pentru înregistrarea cabinetului în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Mureș;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la \_\_\_\_\_

**Semnătura,**