



Nr. _____ / _____

CM1 CERERE AVIZARE CABINET MEDICAL

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

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

Vă rog să avizați înființarea unui cabinet medical individual de _____
_____, cu sediul în _____

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

Anexez documentația necesară avizării înființării cabinetului medical, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura și parafa