



Nr. _____ / _____

CM2 CERERE AVIZARE INFIINTARE PUNCT DE LUCRU 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 punct de lucru al cabinetului 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 pentru punctul de lucru;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- copie la Certificatul de avizare al cabinetului medical individual
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura și parafa