



Nr. _____/_____

CM 5 CERERE AVIZARE SCHIMBARE SEDIU 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 schimbarea sediului punctului de lucru al cabinetului medical individual din _____ în _____

Declar pe proprie răspundere că la noul sediu al punctului de lucru al cabinetul medical există dotarea minimă corespunzătoare activității medicale desfășurate.

Anexez documentația necesară eliberării avizului, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să se presteze serviciile medicale la noul sediu al punctul de lucru;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- copia certificatului de avizare eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Dentiști Mureș pentru înregistrarea punctului de lucru în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,