



CPJ 5 CERERE AVIZARE COMPLETARE OBIECT DE ACTIVITATE AL UNEI UNITĂȚI MEDICO-SANITARE CU PERSONALITATE JURIDICĂ LA SEDIUL SOCIAL

Nr. _____/_____

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

Subsemnatul/a _____,
reprezentant legal al _____, înmatriculată
la ORC Mureș sub nr. J/26/_____/_____

Vă rog să avizați înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Mureș a mențiunii privind completarea activităților furnizate de societate la sediul social din _____ cu următoarele activități _____

_____, activități care se vor desfășura în _____ cabinete.

În calitate de reprezentant legal al societății, declar pe proprie răspundere că în cadrul acestei unități există dotarea minimă prevăzută de actele normative în vigoare.

În același timp, declar pe proprie răspundere că în cadrul cabinetului/cabinetelor medicale se va respecta independența profesională și dreptul de decizie al personalului angajat

La prezenta cerere anexez documentația necesară eliberării avizului, respectiv

- copiile certificatelor de membru ale medicilor care vor presta activitate în cadrul cabinetului/cabinetelor medicale ale societății;
- fișele de atribuții ale posturilor personalului care prestează activitate în cadrul cabinetului/cabinetelor medicale ale societății, la care se atașează contractele încheiate cu acesta;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- programul de lucru al cabinetului/ cabinetelor medicale, aprobat de conducerea societății,
- originalul avizului eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Mureș, pentru înregistrarea societății în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare.

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,