

**CPJ 6 CERERE AVIZARE COMPLETARE OBIECT DE ACTIVITATE AL UNEI
UNITĂȚI MEDICO-SANITARE CU PERSONALITATE JURIDICĂ LA PUNCTUL DE
LUCRU**

Nr. _____ / _____

**DOMNULUI/ DOAMNEI PREȘEDINTE AL COMISIEI DE AVIZĂRI 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 punctul de lucru 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 Dentiști Mureș, pentru înregistrarea punctului de lucru al societății în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare.

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,