

**CERERE DE AVIZARE/REAVIZARE
A CABINETULUI MEDICAL STOMATOLOGIC**

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a _____
cu domiciliul în _____ str. _____
_____ nr. _____ bloc _____ scara _____ etaj _____ ap _____
sector/judet _____
Specialitatea _____ și
competență în _____

_____, vă rog
să-mi aprobați eliberarea Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical cu
numele:

_____,
în specialitatea: _____, având sediul
social la adresa: _____

_____ și punctul de lucru aflat la adresa :

_____,

reprezentat de mine ca medic titular/delegat.

Unitatea va funcționa cu ___ cabinete medicale , având un numar de ___ scaune.

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Certificatului
de Avizare a Cabinetului medical stomatologic și o copie după chitanța
doveditoare a plății taxei de avizare.

Declar pe propria raspundere ca acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu
privire la dotarea minimă, conform Ordinului M.S.F. nr. 153/2003 și că nu mai
sunt unic asociat al unui alt cabinet medical.

Semnătura _____

Data _____

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Stomatologi Argeș