CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL

Domnule Preşedinte,

Subsemnatul/a.....cu domiciliul în.....str.....nr..... bl.....scara.....etaj.....ap.....judeţ..... Specialitatea .....şi competenţa în ..... vă rog să-mi aprobaţi eliberarea Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical cu numele.....în specialitatea..... aflat la adresa..... telefon.....reprezentat de mine ca medic titular/delegat.

La prezenta anexez documentele necesare pentru obţinerea Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical şi o copie după chitanţa doveditoare a plăţii taxei de avizare.

Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplineşte cerinţele legale cu privire la dotarea minimă.

Semnătura..... Data.....

Domnului Preşedinte al Comisiei de Avizare a Cabinetelor Medicale a Colegiului Medicilor Stomatologi din Judeţul Constanţa.