

CERERE
DE AVIZARE A CABINETELOR MEDICALE GRUPATE / ASOCIATE

Domnule Președinte,

Subsemnatul _____ cu domiciliul
În str. _____ nr. _____ blc _____ sc. _____ ap. _____
Localitatea _____ județul _____ Tel (fix) _____ tel.(mobil) _____
Specialitatea 1 _____ grad profesional _____
Specialitatea 2 _____ grad profesional _____
Competență în _____

Pensionar: **Da** **Nu**

În calitate de REPREZENTANT LEGAL al _____

1. Vă rog să-mi aprobați eliberarea **Certificatului de Avizare al cabinetelor grupate/asociate** cu:

Numele _____

Cu un nr.de _____ **cabinete în specialitățile** _____

Forma de organizare _____

Aflat la adresa: str. _____ **nr.** _____ **bl.** _____ **ap.** _____

Localitatea _____ **județ** _____ **tel.** _____ **fax** _____

Reprezentat de medic titular / delegat: _____

Medici colaboratori: 1. Nume, prenume _____ specialitatea _____

Grad profesional _____ Competențe _____

2. Nume, prenume _____ specialitatea _____

Grad profesional _____ Competențe _____

Medici angajați: 1. Nume, prenume _____ specialitatea _____

Grad profesional _____ Competențe _____

2. Nume, prenume _____ specialitatea _____

Grad profesional _____ Competențe _____

Program de lucru: Luni: _____

Joi: _____

Marti: _____

Vineri: _____

Miercuri: _____

La prezenta anexez următoarele:

- Certificatul de Membru al Colegiului Medicilor;
- Dovadă de spațiu;
- Autorizație Sanitară de Funcționare (xerox);
- Certificate de competență (xerox);
- Ordin de confirmare în specialitate, primariat (xerox);
- Regulamentul de ordine interioară al cabinetelor;
- Asigurarea de Malpraxis (xerox);

Semnătura _____

Data _____