

**CERERE
DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL**

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

1.Vă rog să-mi aprobați eliberarea *Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical* cu:

Numele Cabinetului _____

În specialitatea _____

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: _____

Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă, că nu există punct de lucru aferent și că nu mai sunt asociat unic al unui alt cabinet medical.

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 cabinetului;
- Asigurarea de Malpraxis (xerox);

Semnătura _____

Data _____