

CM 2 – CERERE AVIZARE ÎNFIINȚARE PUNCT DE LUCRU AL CABINETULUI MEDICAL

Nr. _____ / _____

DOMNULUI PREȘEDINTE AL

**COMISIEI DE AVIZĂRI ACREDITĂRI DIN CADRUL
COLEGIULUI JUDEȚEAN AL MEDICILOR MUREȘ**

Subsemnatul/a _____,
medic primar/specialist _____, având
atestat/supraspecializare în _____ cu
domiciliul în _____

Vă rog să avizați înființarea unui punct de lucru al cabinetului medical individual
în _____

În cadrul punctului de lucru al cabinetului medical se vor furniza servicii de

Declar pe proprie răspundere că în cadrul punctului de lucru al cabinetul medical
există dotarea minimă corespunzătoare activității medicale desfășurate.

Anexez documentația necesară eliberării avizului înființării punctului de lucru,
respectiv:

- copia certificatului de membru;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să se presteze serviciile medicale la punctul de lucru;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- copia certificatului de avizare eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Mureș pentru cabinetul medical;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

