

CM 5 – CERERE AVIZARE COMPLETARE OBIECT ACTIVITATE CABINET 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 completarea obiectului de activitate al cabinetului medical
individual cu activitatea de _____

Declar pe proprie răspundere că în cabinetul medical există dotarea minimă
corespunzătoare activității medicale desfășurate.

Anexez documentația necesară avizării completării obiectului de activitate al
cabinetului, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- dovada obținerii unei noi calificări profesionale (specialitate, atestat sau supraspecializare);
- certificatul de avizare eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Mureș pentru înregistrarea cabinetului medical în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

