

CM 6 – CERERE AVIZARE COMPLETARE OBIECT ACTIVITATE LA PUNCTUL DE LUCRU AL CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL

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 la punctul de lucru al
cabinetului medical individual cu activitatea de _____

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

Anexez documentația necesară avizării completării obiectului de activitate la punctul
de lucru, 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 punctului de lucru al cabinetului medical în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

