

CM3 – CERERE AVIZARE SCHIMBARE SEDIU CABINET

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 schimbării sediului cabinetului medical individual din _____
_____ în _____
_____ .

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

Anexez documentația necesară avizării schimbării sediului cabinetului, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- copia autorizației sanitare de funcționare, eliberată pentru noul sediu;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- originalul certificatului de avizare eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Mureș pentru înregistrarea cabinetului în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Mureș;
- dovada achitării taxei de avizare

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal.

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

