

**CPJ 3 – CERERE AVIZARE SCHIMBARE SEDIU UNITATE MEDICO-SANITARĂ
CU PERSONALITATE JURIDICĂ**

Nr. _____ / _____

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

Subsemnatul/a _____,
reprezentant legal al _____, cu
sediul social în _____,
înmatriculată la ORC Mureș sub nr. J/26/_____/_____.

Vă rog să avizați schimbarea sediului unității medico-sanitare cu personalitate juridică
din _____ în _____

La noul sediu se vor desfășura următoarele activități medicale _____

_____, în _____ cabinete.

În calitate de reprezentant legal al societății, declar pe proprie răspundere că în cadrul
acestei unități există dotarea minimă prevăzută de actele normative în vigoare.

În același timp, declar pe proprie răspundere că în cadrul cabinetului/cabinetelor
medicale se va respecta independența profesională și dreptul de decizie al personalului angajat.

Anexez documentația necesară eliberării avizului, respectiv

- hotărârea AGA privind schimbarea sediului societății;
- dovada înregistrării hotărârii AGA la registrul comerțului;
- certificatul constatator eliberat de registrul comerțului;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul/cabinetele medicale;
- regulament de organizare și funcționare;
- fișele de atribuții ale posturilor personalului care prestează activitate în cadrul cabinetului/cabinetelor medicale ale societății, la care se atașează contractele încheiate cu acesta;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- copiile certificatelor de membru ale medicilor care vor presta activitate în cadrul cabinetului/cabinetelor medicale ale societății;
- programul de lucru al cabinetului/ cabinetelor medicale, aprobat de conducerea societății,
- originalul avizului eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Mureș, pentru înregistrarea societății în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare.

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

