

CM1 – CERERE AVIZARE ÎNFIINȚARE CABINET 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 înființarea unui cabinet medical individual de _____
_____, cu sediul în _____

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

Anexez documentația necesară avizării înființării cabinetului medical, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- dovada achitării taxei de avizare

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal.

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,