

**CM5 – 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

**Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal.**

Tg-Mureș, la \_\_\_\_\_

**Semnătura,**