

NR. ÎNREG. _____ / _____

**CERERE DE AVIZARE
ÎNFIINȚARE CABINET MEDICAL INDIVIDUAL**

Către : Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Alba

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în loc.
_____ str. _____ nr. _____ bloc __ scara
__ etaj __ ap. __ tel. _____, medic (*grad profesional și specialitate*)

_____,
vă rog să avizați înființarea **Cabinetului Medical Individual de** (*activitatea medicală principală*)
_____, cu sediul
în _____, în vederea
înregistrării în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Alba.

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării și **declar pe propria răspundere** că în cabinetul medical menționat mai sus **există dotarea minimă obligatorie** corespunzătoare activităților medicale desfășurate.

Am cunoștință despre **obligăția** de a înștiința Colegiul Medicilor Alba despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare, respectiv în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă a altor medici, în termen de 10 zile de la data producerii oricărei modificări.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor personale.

Semnătura _____

Data _____

Parafa _____