

NR. ÎNREG. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CERERE DE AVIZARE  
ÎNREGISTRARE UNITATE MEDICO-SANITARĂ CU  
PERSONALITATE JURIDICĂ**

**Către : Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Alba**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ cu domiciliul în loc.  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_  
scara \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ , în calitate de reprezentant al  
\_\_\_\_\_, cu  
sediul social în \_\_\_\_\_,  
înmatriculată la Registrul Comerțului sub nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, vă rog să avizați  
înființarea \_\_\_\_\_ cu sediul în  
\_\_\_\_\_, în vederea  
înregistrării în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Alba.

Precizez că în structura societății funcționează \_\_\_\_\_ cabinete, care vor furniza servicii  
medicale în următoarele specialități:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

la sediul din \_\_\_\_\_.

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării și **declar pe propria răspundere** că  
în cabinetul/cabinetele medical/e menționat/e mai sus există **dotarea minimă** corespunzătoare  
activităților medicale desfășurate. De asemenea, **mă oblig să respect independența profesională  
a medicilor** și să angajez numai personal medico-sanitar autorizat.

Am cunoștință despre **obligația** 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 cu caracter personal.

Semnătura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ștampila \_\_\_\_\_