NR. ÎNREG._____ / _____

CERERE DE AVIZARE
ÎNFIINȚARE PUNCT DE LUCRU
AL UNEI UNITĂȚI MEDICO-SANITARE 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 unui **punct de lucru** al _____. Activitatea de la punctul de lucru se va desfășura în loc. _____ _____, iar serviciile medicale furnizate vor cuprinde următoarele specialități: _____ _____ .

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării și **declar pe propria răspundere** că în cadrul punctului de lucru menționat 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 personale.

Semnătura _____ Data _____

Ștampila _____