

NR. ÎNREG. _____ / _____

**CERERE DE AVIZARE
SCHIMBARE DE SEDIU
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
schimbarea sediului Cabinetului Medical Individual _____
_____ de la vechiul sediu din _____
_____, la noul sediu
din _____.

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării schimbării sediului cabinetului.

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 _____