

NR. ÎNREG. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CERERE DE AVIZARE  
SCHIMBARE DE SEDIU - PUNCT DE LUCRU  
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 punctului de lucru** al Cabinetului Medical Individual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la vechiul sediu din \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, la noul sediu din \_\_\_\_\_.

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării schimbării sediului punctului de lucru al cabinetului.

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 \_\_\_\_\_

Parafa \_\_\_\_\_