

NR. ÎNREG. _____ / _____

**CERERE DE AVIZARE
SCHIMBARE DE SEDIU
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 **schimbarea sediului S.C.** _____
de la sediul menționat mai sus, la noul sediu din loc.
_____ .

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării schimbării sediului cabinetului.

Am cunoștință despre **obligția** 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 _____