

NR. ÎNREG. _____ / _____

**CERERE DE AVIZARE
SCHIMBARE DE SEDIU - PUNCT DE LUCRU
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** punctului de lucru din loc.

la noul sediu din _____ .

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării schimbării sediului cabinetului.

Am cunoștință despre **obligatia** 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 _____