CERERE
MODIFICARE AVIZ

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. _____/_____/_____, CUI _____, vă rog să luați act de faptul că au existat modificări care impun actualizarea avizului de funcționare a unității medico-sanitare.

Anexez prezentei cereri documentația necesară modificării avizului.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal.

Semnătura _____ Data _____

Ștampila / Parafa _____