

CERERE DE AVIZARE - ÎNFIINȚARE PUNCT DE LUCRU CABINET MEDICAL

Către : Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Alba

Subsemnata/ul _____ cu domiciliul în loc.
_____ str. _____ nr. _____ bloc ____ scara
__ etaj __ ap. ____ tel. _____, medic (*grad profesional și specialitate*)
_____,
în calitate de reprezentant al

vă rog să avizați **înființarea unui punct de lucru** al cabinetului menționat mai sus.

Activitatea de la punctul de lucru al cabinetului se va desfășura astfel:

Adresa _____

Specialitatea _____

Medici angajați / colaboratori _____

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării și **declar pe propria răspundere** că respectivul punct de lucru **îndeplinește cerințele legale privind dotarea minimă obligatorie** corespunzătoare activităților medicale desfășurate.

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.

Semnătura _____

Data _____

Parafa _____