

CERERE DE MODIFICARE AVIZ CABINET MEDICAL

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. _____ / _____ / _____, în vederea
actualizării informațiilor în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Alba, vă rog să
avizați următoarele modificări:

Anexez prezentei cereri documentația necesară avizării și **declar pe propria răspundere**
că respectivul cabinet medical **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 _____