

Doamna Președinte,

Subsemnatul(a),

nume, inițiala tatălui, prenume

cu domiciliul în str., nr., bl.,

sc., et., ap., sector (județ), oraș

tel. fix |_____|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_____|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail

cu specialitatea în

.....

.....

și competența în

.....

.....

vă rog să-mi aprobați eliberarea Certificatului de avizare a cabinetului medical,

cu numele

în specialitatea

.....

.....

și competența în

.....

.....

aflat în str., nr., bl.,

sc., et., ap., sector (județ), oraș

reprezentat de mine ca medic titular / delegat.

La prezenta anexez documentele pentru obținerea Certificatului de avizare a cabinetului medical și o copie după chitanța doveditoare a plății taxei de avizare.

Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă și că nu mai sunt unic asociat al unui alt cabinet medical.

Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in niciuna din situatiile prevazute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti, orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti.

Data

Semnătura

.....

.....

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor din Municipiul București.

Subsemnatul(a),

nume, inițiala tatălui, prenume

(reprezentant legal, împuternicit, delegat, administrator) al (a) CMI (S.R.L., Fundație, Societate Civilă Medicală), declar că am primit de la Colegiul Medicilor din Municipiul București, în momentul depunerii cererii pentru obținerea avizului de înființare a cabinetului (cabinetelor), următoarele documente:

- dotarea minimă obligatorie pentru specialitate

Cabinetul (cabinetele) își vor începe activitatea numai atunci când vor îndeplini condițiile legale pentru aceasta, în caz contrar mă oblig să suport rigorile legii nr. 629 din 13.11.2001 pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.

Mă oblig să aduc la sediul Colegiului Medicilor din Municipiul București copie după Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale și respectiv o copie după certificatul fiscal în termen de 60 de zile de la înființarea Cabinetului.

In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti, orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti.

Data

.....

Semnătura

.....