

Doamna Președinte,

Subscrisa,

S.C. SRL, cu Sediul social în București,
str., nr., bl., sc.,
et., ap., sector (județ), înregistrată la Registrul Comerțului cu
nr. J40/ /..... având Codul Fiscal nr. _____, și Contul nr.
_____ deschis la Banca,
prin administratorul / delegatul (delegația nr. din))

vă rugăm să ne aprobați eliberarea Certificatului de Avizare al Societății Medicale cu Personalitate Juridică
S.C. SRL, în specialitățile
.....
.....
.....
competențele

și în activitățile conexe

Activitățile medicale se vor desfășura în specialitățile și competențele mai sus menționate la următoarele sedii:

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea acestui aviz și o copie după chitanța doveditoare a plății taxei de avizare.

Declar pe propria răspundere că această Societate Medicala îndeplinește condițiile de exercitare a activității medicale în concordanță cu competența profesională a medicilor, condițiile de dotare tehnică precum și normele de igienă.

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

.....