

**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 răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevazute de art. 388 și 389 din Legea 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștință Colegiului Medicilor din Municipiul București, orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea Colegiului Medicilor din Municipiul București.**

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.

În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor din Municipiul București, orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea Colegiului Medicilor din Municipiul București.

Semnătura

.....

**Mă oblig ca în termen de 15 zile să transmit către Colegiul Medicilor din Municipiul București documentele aferente oricărei modificări înregistrate la Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București.**

Data

.....

Semnătura

.....