

## CERERE DE INREGISTRARE

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, reprezentant legal al societății comerciale \_\_\_\_\_ cu sediul social situat în loc. \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ \_\_\_\_\_, tel. fix/e \_\_\_\_\_, tel. mobil/e \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail de contact \_\_\_\_\_, solicit înregistrarea societății în Registrul unic al cabinetelor medicale din România, partea a 2-a, cu unitatea medico-sanitară cu denumirea \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, cu sediul secundar profesional situat în loc. \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ \_\_\_\_\_, tel. fix/e \_\_\_\_\_, tel. mobil/e \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail de contact \_\_\_\_\_, având cabinetele medicale:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

în care se desfășoară următoarele activități cu caracter medical:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Ca reprezentant al societății mă oblig ca în termen de 15 zile calendaristice de la modificarea datelor prezentate mai sus să depun la Direcția de Sănătate Publică actele ce atestă modificările intervenite la prezenta declarație, pe care mi-o asum în întregime.

Prin prezenta declar că am luat la cunoștință de dispozițiile O.G. nr. 124/1998 republicată și Ord. M.S.P. nr. 153/2003, Deciziei C.N.A.S. nr. 721/2003, Legii nr. 95/2006, precum și a celorlalte acte normative care reglementează desfășurarea activității medicale, cu modificările și completările ulterioare, pe care societatea se obligă să le respecte întocmai.

Data

Semnătura și parafa