

FIȘA UNITĂȚII MEDICALE

1. Denumirea: _____
2. Sediul social situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____;
3. Sediul profesional situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, autorizația sanitară de funcționare nr. _____ eliberată la data de _____,

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Având cabinetele medicale:

- 3.1. specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

- 3.2. specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

4. Punct de lucru I situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, autorizația sanitară de funcționare nr. _____ eliberată la data de _____,

Cabinetul medical în specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

5. Punct de lucru II situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, autorizația sanitară de funcționare nr. _____ eliberată la data de _____,

Cabinetul medical în specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

6. Avizul Colegiului Medicilor/Medicilor Dentiști din România cu nr. _____, eliberat la data de _____,

7. Reprezentantul legal _____

domiciliat/ă în loc. _____, str. _____,

nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ

_____, tel. fix _____, tel. mobil/e

_____, fax _____, e-mail

de contact _____,