

CERERE DE ÎNREGISTRARE

Subsemnatul/a _____ domiciliat/ă în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, tel. fix _____, tel. mobil/e _____, fax _____, e-mail de contact _____, membru al Colegiului Medicilor/Medicilor Stomatologi din România cu certificatul de membru nr. _____ eliberat la data de _____, cu ultima viză la data de _____, având codul de parafă _____ solicit înregistrarea cabinetului medical individual, având:

1. Denumirea: _____

2. Sediul profesional situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____,

3. Punct de lucru situat în:

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

în Registrul unic al cabinetelor medicale din România, cu următoarele activități medicale:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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 mă oblig să le respect întocmai.

Data

Semnătura și parafa