

Comisia de avizari,

am achitat taxa aferenta cu chitanța  
nr. .... din .....20...

Nr. .... din ..... 20 .....

*Cerere de avizare a  
Cabinetului Medical Individual  
Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Suceava,*

Subsemnatul (a) .....  
CNP ..... cu domiciliul în .....  
str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap. ....  
jud. ...., având specialitatea .....  
gradul profesional ....., cu competență și / sau supraspecializare în  
.....  
.....  
în calitate de medic titular,

vă rog să-mi aprobați eliberarea Certificatului de avizare a Cabinetului Medical  
Individual ..... - dr.  
....., aflat la adresa .....  
.....  
având punct de lucru aflat la adresa: .....  
..... CF .....

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea certificatului de avizare, conform cerințelor prezentate de către Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Suceava, potrivit legislației în vigoare și declar pe propria răspundere că nu mai sunt titular al unui cabinet medical individual pe teritoriul României.

În vederea eliberării certificatului de avizare, la nivelul acestui cabinet îmi mai exercită profesiunea medicii angajați specificați pe verso.

⇒ am luat la cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006, ale Statutului CMR, ale OG nr. 124/1998 și ale Ord. MS. Nr. 153/2003 – inclusiv cele ale Anexei nr. 2, privind dotarea minimă obligatorie, precum și de celelalte prevederi legale aplicabile;

⇒ am luat la cunoștință de prevederile legale privind falsul în declarații.

*Semnătura medicului titular:*

*Data<sup>1</sup>:*

.....

1-numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet.

Anexa la cererea de avizare a C.M.I. Dr. ....

**(se completează pentru fiecare punct de lucru)**

1. Medicii angajați/colaboratori:

1.Dr. ....timpul de muncă .....ore/zi, angajat din data de .....

2.Dr. ....timpul de muncă .....ore/zi, angajat din data de .....

3.Dr. ....timpul de muncă .....ore/zi, angajat din data de .....

2. Program de muncă al medicului / medicilor:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Alte locuri de muncă și programul aferent al medicului titular, precum și al medicilor angajați/colaboratori:

Semnătura medicului titular: