

Aprobat
Comisia de avizari,

Achitat taxă aferentă cu ch.:
nr. din20....
Nr. inreg.¹ din 20

Cerere pentru verificarea anuală a avizării

unității medico-sanitare organizate conform OG nr.124/1998, republicată

Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Suceava,

Subscrisa

(denumirea unității medicale) CIF / CUI, cu sediul social aflat la adresa:

.....,

telefon de contact:,

Reprezentantă prin dr., în calitate de medic titular / medic administrator sau membru al consiliului de administrație

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați acordarea verificării anuale a subscrisei, începând cu data de Menționez că, de la ultima verificarea anuală efectuată de către Colegiul Medicilor Suceava, nu au intervenit modificări/actualizări privitoare la datele înscrise în certificatele/actele de avizare emise și/sau în documentele depuse pentru avizare.

De asemenea, declar că subscrisa nu se regăsește în nicio situație care să nu îi permită sau să îi afecteze desfășurarea activității (lipsa autorizațiilor, inexistența unui act privind dovada posesiei spațiului-valabil, diverse interdicții, etc.), așa cum a fost descrisă de Certificatul/Actul de avizare al unității medicale, aflat în vigoare.

Totdată, declar că, în cazul în care, la verificările anterioare au existat lipsuri în ceea ce privește dotarea minimă obligatorie a cabinetului/cabinetelor, prevăzută de Ord. MS nr. 153/2003, cu modificări, la această dată am efectuat completările necesare; înțeleg ca, în cazul efectuării unei verificări din partea Comisiei de Avizări a Colegiului Medicilor Suceava la sediul unitatii medicale, în cazul în care sunt depistate neconcordanțe cu cele declarate acum și anterior, să suport consecințele legale.

În cazul în care există modificări/actualizări de date față de cele consemnate anterior, le declar la această dată, prin completarea cererii aferente cazului, pe care o voi solicita secretariatului Colegiului Medicilor Suceava. De asemenea, dacă până la data la care se va efectua următoarea verificare anuală vor interveni actualizări/modificări ale datelor avizate sau ale documentelor aferente avizelor, mă oblig să anunț colegiul teritorial în termen de 30 de zile.

Aceste declarații le fac având cunoștință despre legislația referitoare la falsul în înscrisuri.

Semnătura medicului titular/medicului administrator:

Data:

.....

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