

Aprobat  
Comisia de avizari,

Achitat taxă aferentă cu ch.:  
nr. .... din .....20....  
Nr. inreg.<sup>1</sup> ..... din ..... 20 .....

## *Cerere de actualizare/modificare a avizării CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL*

*Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Suceava,*

Cabinetul Medical Individual ..... -  
DR. .... CIF .....,  
cu sediul aflat la adresa: .....  
....., tel. contact: .....,  
Reprezentant prin medic titular dr. ....

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați eliberearea unui **Act adițional** al Certificatului de avizare al acestui CMI, din care să rezulte operarea modificărilor survenite în desfășurarea activității unității sanitare, după cum urmează:

- A. schimbarea sediului social
- B. schimbarea/înființarea/închiderea punctului/punctelor profesionale de lucru
- C. modificarea datelor de corespondență: adresă, număr de telefon, e-mail
- D. radierea unor medici angajați/colaboratori avizați anterior
- E. avizarea unor medici, cu noi contracte de angajare/colaborare
- F. modificarea privind datele medicului titular / a medicilor angajați / a medicilor colaboratori (nume, specialități, studii complementare/competențe, relaionarea cu unitatea beneficiară, etc.), și, pe cale de consecință, a activităților desfășurate în cadrul acestui CMI, în condițiile legale de funcționare (doar în specialitățile și competențele medicului titular)
- G. orice alte modificări ce pot interveni, față de datele înscrise în certificatul de avizare și/sau în anexele la acesta

La prezenta anexez documentele pentru actualizarea/modificarea datelor dosarului unității medicale sus-menționate, necesare pentru obținere avizului aferent, conform cerințelor prezentate de către Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Suceava, în conformitate cu legislației în vigoare<sup>1</sup>.

În calitate de medic titular, declar:

- ⇒ am luat la cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, ale Statutului CMR, ale OG nr. 124/1998 și ale Ord. MS. Nr. 153/2003 – inclusiv Anexa nr. 2 (dotarea minimă obligatorie), precum și de celelalte prevederi legale aplicabile;
- ⇒ declar pe propria răspundere că, în cadrul cabinetului medical individual, vor fi respectate independența profesională a medicilor angajați/colaboratori și că va fi angajat doar personal medico-sanitar autorizat;
- ⇒ am luat la cunoștință de prevederile legale privind falsul în declarații.

**Semnătura și ștampila:**

**Data:**

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

