

C1 – CERERE AVIZARE ÎNREGISTRARE MODIFICARE FORMĂ DE EXERCITARE A PROFESIEI ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE DIN CADRUL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ MUREȘ

Nr. _____/_____

DOMNULUI PREȘEDINTE AL COMISIEI DE AVIZĂRI DIN CADRUL COLEGIULUI MEDICILOR DIN JUDEȚUL MUREȘ

Subsemnatul/a _____,
medic primar/specialist _____, având
atestat/supraspecializare în _____ cu
domiciliul în _____,

Solicit avizul Colegiului Medicilor din Județul Mureș pentru modificarea¹ formei de
exercitare a profesiei din _____
în _____

Anexez documentele necesare avizării noii forme de exercitare a profesiei de medic,
conform reglementărilor legale în vigoare.

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

¹ În cazul în care se modifică forma de exercitare a profesiei din cabinet medical individual în unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, se vor anexa documentele menționate în cererea CPJU1, împreună cu avizul Colegiului Medicilor din Județul Mureș prin care s-a avizat înregistrarea cabinetului medical individual în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Mureș.