

CM1 – CERERE AVIZARE ÎNREGISTRARE CABINET MEDICAL INDIVIDUAL¹ 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 înregistrarea Cabinetului Medical Individual "Dr. _____" cu sediul în _____ în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul Direcției de Sănătate Publică Mureș.

Menționez că în Cabinetul Medical Individual se vor furniza servicii medicale de _____
_____ existând dotarea minimă reglementată de actele normative în vigoare.

Anexez prezentei documentele necesare obținerii certificatului de avizare, respectiv:

- copia certificatului de membru și avizul anual;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

¹ Forma de exercitare a profesiei de medic, în cadrul căreia își desfășoară activitatea medicul titular, singur sau împreună cu alți medici și cu alte categorii de personal medical autorizat. Aceștia au calitatea de salariat sau de colaborator, în condițiile legii.