

**CM2 – CERERE AVIZARE ÎNREGISTRARE MODIFICARE¹ SEDIU CABINET MEDICAL INDIVIDUAL
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 mențiunii de
modificarea sediului Cabinetului Medical Individual
"Dr. _____"
din _____ în
_____ în
Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul Direcției de Sănătate Publică Mureș.

Menționez că, urmare acestei modificări, 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;
- avizul eliberat de Colegiul Medicilor din Județul Mureș, pentru înregistrarea Cabinetului Medical Individual în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Mureș;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

¹ Mutarea sediului unui cabinet medical va fi aprobată de Colegiul Medicilor din România și va fi comunicată direcțiilor de sănătate publică.

