

CM3 – CERERE AVIZARE ÎNREGISTRARE MODIFICARE¹ OBIECT ACTIVITATE 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 obiectului de activitate al Cabinetului Medical Individual
"Dr. _____" cu
specialitatea/atestatul de _____ în
Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul Direcției de Sănătate Publică Mureș.

Menționez că, urmare acestei modificări, în Cabinetul Medical Individual 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, actualizat;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- 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 Medicul este liber să își modifice obiectul de activitate al cabinetului medical în funcție de specialitățile, supraspecializările și competențele/atestatele dobândite. În cazul modificării obiectului de activitate al cabinetului medical, în baza avizului eliberat de Colegiul Medicilor, Direcția de Sănătate Publică eliberează un certificat-anexă la certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale.

