

**CSCM2 – CERERE AVIZARE ÎNREGISTRARE MODIFICARE SEDIU SOCIETATE CIVILĂ MEDICALĂ
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 Societății Civile Medicale _____ din
_____ în
_____ în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul Direcției de Sănătate Publică Mureș.

Menționez că, urmare acestei modificări, Societatea Civilă Medicală va furniza
servicii medicale de _____

existând dotarea minimă reglementată de actele normative în vigoare.

Anexez prezentei documentele necesare obținerii certificatului de avizare, respectiv:

- copia certificatelor de membru și avizul anual pentru medicii asociați și colaboratori;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze societatea civilă medicală;
- actul constitutiv al societății civile medicale actualizat;
- dovada achitării taxei de avizare
- avizul eliberat de Colegiul Medicilor din Județul Mureș, pentru înregistrarea Societății Civile Medicale în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale din cadrul DSP Mureș;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,

