

**COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI BUCUREŞTI**

**Str. Salcâmilor nr. 5, sector 2, 020721, Bucureşti**

**Tel. +4021.210.12.53,Fax: +4021.210.12.54**

**www.cmsb.ro,office@cmsb.ro**

**Notificare operator de date cu caracter personal nr. 4520**

**CERERE AVIZARE CABINET MEDICAL INDIVIDUAL**

Domnule Preşedinte,

Subsemnatul(a) Dr. … ………………………………………………….............................., vă rog să-mi

apobaţi eliberarea certificatului de avizare a cabinetului medical în conformitate cu actele doveditoare anexate cererii.

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situaţiile prevăzute în art. 481 şi 482 (1) din Legea nr. 95/2006**,** privind reforma în domeniul sănătăţii, Titlul XIII.

NUME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_INIŢIALE:\_\_\_\_\_ PRENUME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUME PURTAT ANTERIOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COD PARAFĂ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIUL: ORAŞ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_STR.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NR.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BLOC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SCARA:\_\_\_\_\_\_ETAJ:\_\_\_\_\_\_APARTAMENT:\_\_\_\_\_\_\_SECTOR (JUDEŢ):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COD NUMERIC PERSONAL (13 CIFRE):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL……………………………

LOC DE MUNCĂ (INTEGRARE):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESĂ LOC DE MUNCĂ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRAD PROFESIONAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SPECIALITATEA………………………………….

A DOUA SPECIALITATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPETENŢE, SUPRASPECIALIZĂRI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCTOR ÎN MEDICINĂ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GRAD UNIVERSITAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA UNIVERSITATEA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA CMI: Str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_, bloc\_\_\_\_\_, scară\_\_\_\_, etaj\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector\_\_\_\_\_\_\_

Numar unituri: \_\_\_\_\_

***La prezenta anexez documentele necesare si complete pentru obţinerea acestui aviz.***

***Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minima.***

***Mă oblig să aduc la sediul Colegiului Medicilor Stomatologi București o copie după Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale în cel mai scurt timp de la obținerea acestuia.***

Data: Semnătura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_