

 **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 DE AVIZARE**

**A SOCIETĂŢII MEDICALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ – SRL-**

Domnule Preşedinte,

 Subscrisa ....................................................................................................................S.R.L. cu sediul social în..............................., str. ...................................................nr.........bloc........etaj......apartament..........sector ........ înregistrată la Registrul Comerţului cu nr. J.............../.........../.................... având codul fiscal..................................... prin administratorul/delegatul ......................................................................... (delegaţia nr. ...............din ....................) vă rugăm să ne aprobaţi eliberarea Certificatului de Avizare al Societăţii Medicale cu Personalitate Juridică ..................................................................................................................S.R.L.

în specialităţile : .........................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

competenţele: .............................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Activităţile medicale se vor desfăşura în specialităţile şi competenţele mai sus menţionate la următoarele sedii :

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Nr. unituri: ……………

Tel. reprezentant legal (medic stomatolog)

***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:

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