

Nr. _____ din _____

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a _____, cod
parafă _____, CNP _____, cu domiciliul
în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____, et. _____, ap. _____, sector/județ
_____, cod _____

vă rog să aprobați eliberarea

avizului de înființare a cabinetului medical individual

cu denumirea _____

în specialitatea: _____

și competențele: _____

ce funcționează la adresa:

sediul principal:str.....nr.....bloc.....ap.....

sediu secundar |str.....nr. ____ bloc ____ ap. ____

reprezentată de mine ca medic titular.

Semnătura _____

Data _____

Către,
Colegiului Medicilor din Sibiu.