

Nr. _____ din _____

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a _____,

cod parafă _____, cu domiciliul în _____,

str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____,

ap. _____, sector/județ _____, CNP _____,

vă rog să aprobați eliberarea

avizului de modificare a cabinetului medical individual

cu denumirea _____

în specialitatea: _____

și competențele: _____

ce funcționează la adresa

sediul principal: str. nr. bl. ap.

sediul secundar : str. nr. bl. ap.

reprezentat de mine ca medic titular, pentru

specialitățile: _____

cu sediu în : _____

La prezenta anexez : avizul CMI existent în original, dovada deținerii legale și schița spațiului.

Declar pe proprie răspundere următoarele: că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă și că nu mai sunt unic asociat al unui alt cabinet medical.

Semnătura _____

Data _____