



**HARGITA MEGYEI FOGORVOSI KOLLÉGIUM**

**Csíkszereda**

*Miercurea Ciuc, str. Timișoarei, nr. 4/1*

*cmdrhr@gmail.com*

## **CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL DE MEDICINĂ STOMATOLOGICĂ**

Subsemnatul/a .....cu domiciliul în.....  
str.....nr.....bloc.....scara.....Ap.....Sector/județ.....  
CNP....., medic titular / delegat.

Vă rog a-mi elibera Certificatul de Avizare Cabinetului Medical Stomatologic pentru  
cabinetul cu numele ..... organizat sub forma de  
.....în specialitatea.....  
și are în dotare ..... unituri dentare.

Cabinetul va funcționa în localitatea ....., județul Harghita str.  
.....nr....., bl., ..... sc.,..... ap.,.....,  
având punct de lucru în localitatea ....., județul Harghita str.  
.....nr....., bl., ..... sc.,..... ap.,.....

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Certificatului de  
Avizare Cabinetului Medical.

Orice modificare operată în stuctura cabinetului consimt să o comunic Colegiului  
Medicilor Stomatologi Harghita.

Semnătura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_