



**HARGITA MEGYEI FOGORVOSI KOLLÉGIUM**

**Csíkszereda**

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

*cmdrhr@gmail.com*

## **CERERE DE AVIZAREA 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.

Sediul social 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: \_\_\_\_\_