**Doamna / Domnule Presedinte**

Subsemnatul(a),

Nume .....................................................Prenume ....................................................................................Nume purtat anterior......................................Data nasterii...................................Institul absolvit........................................................Seria și Nr diplomei de medic.....................................Cod parafa..........................cu domiciliul în Localitatea................................ Str.........................................., Nr. ..............., Bl.........,Sc. .........., Et. .........., Ap.........Judet.......................................mobil | | | | | | | | | | |, e-mail ...................................................................cu specialitatea în...........................

...........................................................................................................................................................................................................grad profesional...................................................................și competenta in.............................................................................

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

vă rog să-mi aprobați eliberarea Certiﬁcatului de avizare a cabinetului medical,

cu numele ............................................................................................................................................................................

în specialitatea ....................................................................................................................................................................

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

și competența în .................................................................................................................................................................

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

aﬂat în Localitatea .......................................................Str...................................................., Nr. ............, Bl.....................,

Sc. .........., Et. .........., Ap. .........., Sector (județ) ..................................reprezentat de mine ca medic titular.

La prezenta anexez documentele pentru obținerea Certiﬁcatului de avizare a cabinetului medical și o copie după chitanța doveditoare a plății taxei de avizare.

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

**Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in niciuna din situatiile prevazute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor din Caras-Severin orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor Caras-Severin.**

Data Semnătura

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

Subsemnatul(a),

nume ......................................................., inițiala tatălui .........., prenume ......................................................................

(reprezentant legal, împuternicit, delegat, administrator) al (a) CMI (S.R.L., Fundație, Societate Civilă Medicală), declar că am primit de la Colegiul Medicilor Caras-Severin, în momentul depunerii cererii pentru obținerea avizului de înﬁințare a cabinetului (cabinetelor), următoarele documente:

- dotarea minimă obligatorie pentru specialitate

Cabinetul (cabinetele) își vor începe activitatea numai atunci când vor îndeplini condițiile legale pentru aceasta, în caz contrar mă oblig să suport rigorile legii nr. 629 din 13.11.2001 pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.

Mă oblig să aduc la sediul Colegiului Medicilor Caras-Severin copie după Certiﬁcatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale și respectiv o copie după certiﬁcatul ﬁscal în termen de 60 de zile de la înﬁințarea Cabinetului.

**In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor Caras-Severin, orice modiﬁcare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notiﬁcari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor Caras-Severin.**

Data Semnătura

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