**Doamna /Domnule**

**Președinte**

Subscrisa,

S.C SRL, cu Sediul social în........................,

str. ........................................................................................................................., nr. ..............., bl. ..............., sc ,

et. .........., ap. .........., sector (județ) , înregistrată la Registrul Comerțului cu

nr. J ......./........... /............. având Codul Fiscal nr. | | | | | | | | | | | | | prin administratorul / delegatul ............................................................................................ (delegația nr. .............din..................)

vă rugăm să ne aprobați eliberarea Certiﬁcatului de Avizare al Societății Medicale cu Personalitate Juridică

S.C ..SRL, în specialitatea

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

.................................................................................................grad profesional......................................................................................................

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

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

reprezentat de medic titular/delegat: Nume..........................................Prenume.....................................................

Nume purtat anterior...................................Data nasterii....................Institutul absolvit................................Seria și Nr diplomei de medic.....................................Cod parafa.....................avand domiciliul în Oraș........................................

Str……………………………………...Nr………...Bl………....................………Sc……..……….Et……….....……Ap………….Sector Judet..........Telefon………………....Cod Numeric Personal…………………....................................Loc de munca (integrare)………………………………………........………………Adresa loc de munca...........................................................................

Activitatea medicala se va desfășura în specialitatea și competențele mai sus menționate la următorul sediu/punct de lucru:

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

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

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea acestui aviz și o copie după chitanța doveditoare a plății taxei de avizare.

Declar pe propria răspundere că această Societate Medicala îndeplinește condițiile de exercitare a activității medicale în concordanță cu competența profesională a medicilor, condițiile de dotare tehnică precum și normele de igienă.

**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

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

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\MihaiBradu\Pictures\emblemăCMR.emf | **COLEGIUL MEDICILOR CARAȘ-SEVERIN** str. Spitalului nr. 36, 320076, Reșița, jud. Caraș-Severin  cod fiscal**:** 9890603, telefon/fax +40 255 221 526  email: [office@colmedcs.ro](mailto:office@colmedcs.ro), web: [www.colmedcs.ro](http://www.colmedcs.ro/) |

**CERERE DE AVIZARE**

**A SOCIETATII MEDICALE CU PERSONALITATE JURIDICA (S.R.L.)**

Subsemnatul(a),

Nume .......................................................,,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 o copie după Certiﬁcatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale .

**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

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