

CERERE DE (RE)AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL

*Către,
Departamentul Acreditări – Avizări al Colegiului Medicilor Iași*

Subsemnatul/a Dr. _____

specialitatea _____

tel. _____ , fax _____ mobil _____

email: _____, vă rog să-mi aprobați eliberarea :

Certificatului de Avizare a Cabinetului Medical cu numele:

Forma de exercitare _____

(Individual, SRL, SCM, Grupat, Asociat)

Specialitate:

Atestat de studii complementare / Competența:

Supraspecializare: _____

Activitate conexă: _____

Sediul cabinetului:

Sediul social / principal: Localitatea _____

Tel _____, fax _____ mobil _____

Punct de lucru: Localitatea _____

adresa: _____

tel _____, fax _____ mobil _____

Punct de lucru: Localitatea _____

adresa: _____

tel _____, fax _____ mobil _____

reprezentat de mine ca medic titular / reprezentant legal delegat / asociat

Voi solicita contract CJAS: DA / NU

Cabinetul are ca medici angajați:

(menționați: Numele, Prenumele, Specialitatea și Gradul Profesional)

Program de activitate, pentru fiecare specialitate : cabinet, teren (unde este cazul)

Program Cabinet :

Luni _____

Marți _____

Miercuri _____

Joi _____

Vineri _____

Sâmbătă _____

Duminică _____

Teren :

Luni _____

Marți _____

Miercuri _____

Joi _____

Vineri _____

Sâmbătă _____

Duminică _____

Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligația de a înștiința Colegiul Medicilor Iasi despre orice modificare a elementelor prevăzute în prezenta cererea de avizare și menționate în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă a altor medici, în termen de 10 zile de la data producerii acestora.

Declar că:

1. pe lângă prezentul cabinet, sunt titular / angajat / colaborator și la :

Localitatea _____ Adresa _____

Specialitatea _____

declarat cu activitate PRINCIPALĂ / SECUNDARĂ

am contract CJAS: Da / Nu

2. în spațiul destinat activității medicale care face obiectul prezentei cereri funcționează:

NU funcționează nici o altă unitate medicală

DA funcționează. _____

La prezenta cerere se va anexa declarație din partea fiecărui medic angajat / colaborator al acestei unități medicale cu specificarea programului de la locul de muncă principal și cabinetul pentru care se face solicitarea.

Depun aceasta cerere pentru:

- inființare cabinet

- inființare punct secundar

- adăugare (eliminare) specialități, competențe, supraspecializări, activități conexe

- schimbare sediu cabinet

- schimbare formă de organizare

- preluare praxis

- alte modificări: _____

Semnătura si parafa/stampila: _____

Data : _____