*Comisia de avizari*, am achitat taxa aferenta cu chitanţa

nr. ............ din .............20...

Nr. ............ din ............. 20 ......

##### **Cerere de avizare a**

##### **Cabinetului Medical Individual**

# *Către Colegiul Medicilor Suceava,*

Subsemnatul (a) ……………………........………………………………………………., CNP ........................................................... cu domiciliul în …………....……………….., str. ………………………….........................………………., nr. …, bl. …., sc. …, ap. …….., jud. …….....................…., având specialitatea .........................................................., gradul profesional ......................................., cu competenţă şi / sau supraspecializare în ………………………….........................................................................................................telefon ..................................................... și e-mail ........................................................,

în calitate de medic titular,

vă rog să-mi aprobaţi eliberarea Certificatului de avizare a Cabinetului Medical Inidividual ...............…………………………………......................................................... *(specialitatea și competența)*, aflat la adresa ......................................................................... ...........................................................................................................................................

................................................................................., cu punct de lucru aflat la adresa: ............................................................................................................................................

CF ..................................

La prezenta anexez documentele necesare pentru obţinerea certificatului de avizare, conform cerinţelor legislaţiei în vigoare şi declar pe propria răspundere că nu mai sunt titular al unui cabinet medical individual pe teritoriul României.

În vederea eliberării certificatului de avizare, la nivelul acestui cabinet îşi mai exercită profesiunea medicii angajaţi specificaţi pe verso.

* + am luat la cunoştinţă de prevederile Legii nr. 95/2006, ale Statutului CMR, ale OG nr. 124/1998 şi ale Ord. MS. Nr. 153/2003 – inclusiv cele ale Anexei nr. 2, privind dotarea minimă obligatorie, precum şi de celelalte prevederi legale aplicabile;
  + am luat la cunoștință că medicii angajați/colaboratori pot avea doar specialitatea și competențele medicului titular;
  + am luat la cunoştinţă de prevederile legale privind falsul în declaraţii.

*Semnătura medicului titular: Data1:*

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

*1-numărul de înregistrare al colegiului se va acordă la data la care dosarul este complet*

#### Anexa la cererea de avizare a C.M.I. Dr. ..........................................

***(se completează pentru fiecare punct de lucru, dacă este cazul)***

1. Medicii care își exercită profesiunea în cadrul acestei unități medicale:

1.Dr. ……………………………………….............., specialitatea / competența (dacă este cazul)\* ..........................................................................................................................................

2.Dr. ……………………………………….............., specialitatea / competența (dacă este cazul)\*

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

2.Dr. ……………………………………….............., specialitatea / competența (dacă este cazul)\*

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

*\*specialitatea și competența trebuie să fie aceleași cu cele ale medicului titular al CMI-ului supus avizării*

### - Pentru fiecare medic în parte, depun fișa de atribuții pe care acesta le are de îndeplinit în unitatea medicală al cărui medic titular sunt.

- **Declar pe propria** **răspundere că medicii înscriși mai sus pentru avizare în cadrul unității medicale pentru care solicit avizarea, precum și cei deja avizați, își exercită / își vor exercita profesiunea în conformitate cu prevederile art. 386 al. (3) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificări ulterioare, Ord. MS nr. 895/2019, OG nr. 124/1995, republicată, cu modificări, și Ord. MS nr. 153/2003, cu modificări ulterioare.**

*Semnătura medicului titular și*

*ștampila CMI / parafa medicului titular:*