

Aprobat
Comisia de avizari,

Achitat taxă aferentă cu ch.:
nr. din20....
Nr. inreg.¹ din 20

Cerere de actualizare/modificare a avizării CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL

Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Dentisti Suceava,

Cabinetul Medical Individual -
DR. CIF,
cu sediul aflat la adresa:
....., tel. contact:,
Reprezentant prin medic dentist titular dr.,

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați eliberearea unui **Act adițional** al Certificatului de avizare al acestui CMI, din care să rezulte operarea modificărilor survenite în desfășurarea activității unității sanitare, după cum urmează:

- A. schimbarea sediului social ☐
B. schimbarea/înființarea/închiderea punctului/punctelor profesionale de lucru ☐
C. modificarea datelor de corespondență: adresă, număr de telefon, e-mail ☐
D. radierea unor medici dentisti angajați/colaboratori avizați anterior ☐
E. avizarea unor medici dentisti, cu noi contracte de angajare/colaborare ☐
F. modificarea privind datele medicului dentist titular / a medicilor angajați / a medicilor dentisti colaboratori (nume, specialități, studii complementare / competențe, relaționarea cu unitatea beneficiară, etc.), și, pe cale de consecință, a activităților desfășurate în cadrul acestui CMI, în condițiile legale de funcționare (doar în specialitățile și competențele medicului dentist titular) ☐
G. orice alte modificări ce pot interveni, față de datele înscrise în certificatul de avizare și/sau în anexele la acesta ☐

La prezenta anexez documentele pentru actualizarea/modificarea datelor dosarului unității medicale sus-menționate, necesare pentru obținere avizului aferent, conform cerințelor prezentate de către Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Dentisti Suceava, în conformitate cu legislației în vigoare¹.

În calitate de medic dentist titular, declar:

⇒ am luat la cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, ale ROF CMDR-Dec. CMDR nr. 5/2007, ale OG nr. 124/1998 și ale Ord. MS. Nr. 153/2003 – inclusiv Anexa nr. 2 (dotarea minimă obligatorie), precum și de celelalte prevederi legale aplicabile;

⇒ declar pe propria răspundere că, în cadrul cabinetului medical individual, vor fi respectate independența profesională a medicilor dentisti angajați/colaboratori și că va fi angajat doar personal medico-sanitar autorizat;

⇒ am luat la cunoștință de prevederile legale privind falsul în declarații.

Semnătura și ștampila:

Data:

.....

1-numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet.

**Anexa nr. la cererea actualizare/modificare a avizării
CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL,**

SE VA ÎNSCRIE FIECARE PUNCT MAI SUS-MENȚIONAT, PENTRU CARE SE SOLICITĂ ACTUALIZAREA/MODIFICAREA DATELOR, CU MENȚIONAREA SPECIFICĂ FIECĂRUI CAZ:

MEDIC DENTIST TITULAR,

Semnătură și ștampila,