

**Cerere de avizare a  
Cabinetului Medical Individual**  
Către: Colegiul Medicilor Stomatologi Suceava

Subsemnatul (a) .....  
CNP ..... cu domiciliul în .....  
str. ...., nr. ..., bl. ...., sc. ...., ap. ....  
jud. ...., având specialitatea .....  
gradul profesional ....., cu competență și / sau supraspecializare în  
.....  
telefon ..... și e-mail .....,  
în calitate de medic titular,  
vă rog să-mi aprobați avizarea Cabinetului Medical Individual  
DR. ....  
SPECIALITATEA: .....  
sediul social: .....  
.....  
sediul lucrativ (sediu principal): .....  
.....  
cu punct de lucru aflat la adresa: .....  
.....

Declar că în cadrul unității medicale își exercită profesiunea doar medicul titular și cu medicii specificați în anexă (*dacă este cazul*).

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea avizării unității medicale, conform cerințelor prezentate de către Comisia de avizări a Colegiului Medicilor Suceava, formulate în baza legislației în vigoare. În calitate de administrator / membru al consiliului de administrație, din punct de vedere medical:

⇒ am luat la cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006, ale ROF al CMSR, ale OG nr. 124/1998, ale Ord. MS. Nr. 1670/2025 și ale Ord. MS nr. 895/2019, inclusiv de prevederile privind compatibilitatea specialităților medicale și dotarea minimă obligatorie, precum și de celelalte prevederi legale aplicabile;

⇒ declar pe propria răspundere că această societate funcționează cu activități medicale de la data de .....

⇒ **declar pe propria răspundere că, în cadrul unității medicale sus-menționate, vor fi respectate independența profesională a medicilor și că va fi angajat doar personal medico-sanitar autorizat;**

⇒ voi declara înființarea cabinetelor medicale și medicii aferenți ce vor profesa/care înlocuiesc alți medici în vederea avizării înainte de începerea activității acestora, iar modificările survenite referitoare la alte informații referitoare la societate, le voi declara colegiului în termen de maxim 15 zile de la survenirea lor.

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

**Semnătura medicului titular și  
ștampila CMI / parafa medicului titular:**

**Data:**

## **Anexa la cererea de avizare a C.M.I. DR. ....**

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

Medicii care își exercită profesiunea în cadrul acestei unități medicale,  
la adresa: .....

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

.....

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

.....

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

.....

- 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 înscrși mai sus pentru avizare în cadrul unității medicale pentru care solicit avizarea, precum și cei deja avizați, 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. 124/1998, republicată, cu modificări, și Ord. MS nr. 1670/2025.**

*Semnătura medicului titular și  
ștampila CMI / parafa medicului titular:*