

Comisia de avizari,

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

Taxă – chitanța: nr. .... din .....20...

## Cerere de avizare

a unității medicale cu personalitate juridică  
Către: Colegiul Medicilor Stomatologi Suceava,

Subscrisa ..... CUI .....,

cu sediul social aflat la adresa: .....

cu sediul lucrativ (dacă e cazul): .....

cu punct de lucru (dacă e cazul): .....

și .....

telefon ....., e-mail .....

Reprezentantă prin dr. ....,  
în calitate de administrator/membru al consiliului de administrație, membru al  
Colegiului Medicilor .....,

vă rog să-mi aprobați avizarea unității medicale cu personalitate juridică mai sus-  
menționată (care se înființează/este înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 /  
altor forme de organizare cu personalitate juridică).

Declar că în cadrul unității medicale își exercită profesiunea doar medicii stomatologi  
specificați în anexă.

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea avizării unității medicale,  
conform cerințelor prezentate de către Comisia de avizări a Colegiului Medicilor Stomatologi  
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 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 stomatologi 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.

Semnătură olografă și ștampila (obligatorii)  
sau Semnătură electronică extinsă (în cazul remiterii pe email)

Data:

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

**Anexă la cererea de avizare  
a unității medicale cu personalitate juridică**

Subscrisa: .....

pentru cabinetul aflat la adresa: .....

**(se va completa câte o anexă pentru fiecare punct profesional / punct de lucru pentru care se cere avizare sau modificarea avizării)**

CAEN (toate cele înscrise de către Registrul Comerțului) .....

Medic

Specialitatea / competențe  
(unde e cazul)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Pentru fiecare medic stomatolog în parte, depun **fișa de atribuții**, pe care acesta le are de îndeplinit în unitatea medicală pe are o administrez.
- **Declar pe propria răspundere că medicii stomatologi enumerați mai sus, pentru avizare în cadrul unității medicale pe are o administrez, precum și cei deja avizați, își exercită / își vor exercita profesiunea în conformitate cu prevederile legale (la data depunerii cererii, fiind în vigoare: art. 485 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).**

*Administrator / Membru al consiliului de administrație,*

Semnătură olografă și ștampila (obligatorii)  
sau Semnătură electronică extinsă (în cazul remiterii pe email)