

Aprobat
Comisia de avizari,

Taxă - chitanță: nr. din20....
Nr. inreg.¹ din 20....

Cerere de actualizare/modificare a avizării
a unității medicale fără personalitate juridică
Către: Colegiului Medicilor Stomatologi Suceava

Subscrisa CF,

cu sediul social aflat la adresa:

....., tel. contact:,

Reprezentantă prin dr., în calitate
de medic titular,

Prin prezenta vă rog să-mi aprobați eliberarea unui **Act adițional** al Certificatului de avizare al subscrisei, din care să rezulte operarea modificărilor survenite în desfășurarea activității acestei unități sanitare, după cum urmează:

- 1. schimbarea denumirii unității medicale
- 2. schimbarea sediului social/sediului lucrativ
- 3. schimbarea/înființarea/închiderea punctului/punctelor profesionale de lucru
- 4. modificarea datelor de corespondență: adresă, număr de telefon, e-mail
- 6. radierea unor medici avizați anterior
- 7. avizarea unor medici, cu noi contracte
- 8. avizarea unor medici, cu noi contracte, care înlocuiesc medici avizați anterior, care nu mai profesează în cadrul unității medicale
- 9. modificarea privind datele medicilor avizați (nume, specialități, studii complementare, etc)
- 10. introducerea/modificarea/radierea unor cabinete medicale (specialități)
- 11. orice alte modificări ce pot interveni, față de datele înscrise în certificatul de avizare și/sau în anexele la acesta

Pentru aceste cerințe, mențiunile le înscriu în anexa la prezenta. Depun documentele doveditoare pentru actualizarea/modificarea datelor dosarului unității medicale sus-menționate, necesare pentru obținerea avizului aferent, conform cerințelor prezentate de către Comisia de avizări a Colegiului Medicilor Stomatologi Suceava, în conformitate cu legislației în vigoare (numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet).

⇒ 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 acest CMI funcționează de la data de

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

⇒ voi declara medicii care vor profesa/care înlocuiesc alți medici în vederea avizării înainte de începerea activității acestora, iar modificările survenite referitoare la alte informații referitoare la CMI, 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 unității medicale:

Data:

