

Comisia de avizari,

am achitat taxa aferenta cu chitanța
nr. din20.....

NR. ÎNREG..... din20.....

Cerere de avizare a Cabinetului Medical Individual

Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Dentisti Suceava,

Subsemnatul (a)

CNP cu domiciliul în, str.

....., nr....., bl., sc. ..., ap., jud.

....., având specialitatea

gradul profesional, cu competență și / sau supraspecializare în

....., în calitate de medic titular,

vă rog să-mi aprobați eliberarea Certificatului de avizare a Cabinetului Medical
Individual - dr.,

aflat la adresa

având punct de lucru aflat la adresa:

CF(se va depune după obținere).

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea certificatului de avizare, conform cerințelor prezentate de către Comisia de Avizări a Colegiului Medicilor Dentiști Suceava, potrivit legislației în vigoare¹ și 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 își mai exercită profesiunea medicii angajați specificați pe verso.

⇒ odată cu primirea prezentului formular, mi s-a înmănat Opisul privind reglementările generale pentru avizarea unei unități medico-dentare, însoțit de documentele enumerate, pentru care am semnat, Opisul rămânând la dosarul colegiului; mi-am însușit toate prevederile înscrise în documentația înmănată;

⇒ am luat la cunoștință de prevederile Legii nr. 95/2006, ale Statutului CMDR, ale OG nr. 124/1998 și ale Ord. MS. nr. 153/2003 – inclusiv cele referitoare la dotarea minimă obligatorie, precum și de celelalte prevederi legale aplicabile; *nelămuririle apărute pe parcursul întregii proceduri de avizare a unității sanitare, referitoare la aplicabilitatea actelor normative în vigoare, le-am adresat personalului de specialitate al colegiului, primind informațiile necesare, pe care le-am înțeles și mi le-am însușit;*

⇒ declar pe propria răspundere că acest cabinet funcționează de la data de

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

⇒ am primit și am luat la cunoștință de prevederile Deciziilor CMDR: nr. 36/2009, nr. 10/2007, nr. 6/2014 - anexa nr. 2 - grila de evaluare, publicate în M. Of. Partea Întâi, privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medico-dentare, împreună cu celelalte acte normative aplicabile;

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

Semnătura medicului titular:

Data¹:

.....

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

1. Medicii dentiști angajați/colaboratori:

1.Dr.timpul de muncăore/zi, angajat din data de

2.Dr.timpul de muncăore/zi, angajat din data de

3.Dr.timpul de muncăore/zi, angajat din data de

2. Program de muncă al medicului dentist / medicilor dentiști:

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

3. Alte locuri de muncă și programul aferent al medicului titular, precum și al medicilor dentiști angajați/colaboratori:

Semnătura medicului titular: