

CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI DE MEDICINĂ DENTARĂ

**CĂTRE CMD TIMIȘ**

Subsemnatul(a)Dr.....

absolvent(ă) al/a.....

promoția.....medic dentist/primar/specialist în specialitatea.....

.....având atestat

complementar în.....,prin

prezenta solicit deschiderea și avizarea cabinetului de medicină dentară forma de

organizare CMI/SRL/SCM/SRL-D/Cabinete Grupate/Cabinete Asociate cu

denumirea.....

situat în.....

dotat cu .....unit(uri).

*\*Menționez că sediul social al formei SRL/SRL-D se află în.....*

.....

Data,

Semnătura,

Telefon: