

CĂTRE CMD TIMIȘ

Subsemnatul(a)Dr.....

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

.....având atestat complementar în.....

Medic titular/Administrator al/a cabinetului de medicină dentară forma de
organizare CMI/SRL/SCM/SRL-D/Cabinete Grupate/Cabinete Asociate

cu denumirea.....

situat în.....,

prin prezenta solicit avizarea deschiderii unui punct secundar de lucru al
cabinetului menționat mai sus, situat în.....

.....

Cabinetul va avea în dotare.....unit(uri).

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

.....

Data,

Semnătura,

Telefon: