

CERERE DE AVIZARE- SCHIMBARE FORMĂ DE ORGANIZARE A CABINETULUI

**CĂTRE CMD TIMIȘ**

Subsemnatul(a)Dr.....

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

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

Medic titular al cabinetului de medicină dentară forma de organizare CMI cu  
denumirea.....

situat în.....,

prin prezenta solicit anularea vechiului Certificat de avizare al cabinetului

Nr.reg...../.....și eliberarea unui nou Aviz de funcționare al  
cabinetului de medicină dentară, datorită schimbării formei de organizare din CMI în  
SRL/SRL-D.

Menționez că noua formă de organizare a cabinetului va fi situată:

- la adresa menționată mai sus
- la o nouă adresă.....

Cabinetul va avea în dotare.....unit(uri) avizate anterior și .....unit(uri) noi.

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

Data,

Semnătura,

Telefon:

