

CERERE DE AVIZARE - SCHIMBAREA SEDIULUI CABINETULUI DE MEDICINĂ DENTARĂ

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 anularea vechiului Certificat de avizare al cabinetului

Nr.reg...../.....și eliberarea unui nou Aviz de funcționare al
cabinetului de medicină dentară, datorită schimbării sediului cabinetului la o nouă
adresă.....

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

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

Data,

Semnătura,

Telefon: