

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE DOTAREA NECESARĂ A CABINETULUI

**CĂTRE CMD TIMIȘ**

Subsemnatul(a)Dr.....

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 declar pe propria răspundere că la data depunerii dosarului,  
cabinetul de medicină dentară menționat mai sus, prezintă dotarea minimă  
necesară.

Data,

Semnătura,