

CERERE DE ANULARE A AVIZULUI DE FUNCȚIONARE AL CABINETULUI

**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 Certificatului de avizare al cabinetului Nr.reg...../.....

.....datorită:

- radierii activității cabinetului începând cu.....
- introducerii unei noi specialități în activitatea cabinetului.....

și eliberarea unei Adeverințe din care să rezulte acest lucru.

Cabinetul a avut/are în dotare.....unit(uri) .

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

Data,

Semnătura,

Telefon: