

CERERE DE CEDARE A UNIT-ULUI DENTAR ÎN VEDEREA ÎNFIINȚĂRII UNUI CABINET

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...../.....

..... și eliberarea unui nou Aviz de funcționare al cabinetului, datorită:

- Cedării unit-ului dentar Marca.....an fabricație.....

D-lui/D-nei Dr.....pentru a-și

înființa cabinetul de medicină dentară cu denumirea.....

.....

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

Data,

Semnătura,

Telefon: