

CERERE DE SUSPENDARE A ACTIVITĂȚII 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

- Suspendarea activității cabinetului începând
cu.....

și eliberarea unei Adeverințe din care să rezulte acest lucru.

Atașat anexez Certificatul de avizare al cabinetului Nr.reg...../.....

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

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

Data,

Semnătura,

Telefon: