

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul _____ cu
specialitatea _____, titular al cabinetului
individual de liberă practică pentru activități conexe actului medical

_____ cu specialitatea _____

înființat la data de zi _____ lună _____ an _____ cu sediul în : județ Iași
localitatea _____, Str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____ tel. _____
solicite înregistrarea cabinetului în **Registrul Unic al Cabinetelor Medicale.**

Date contact ale reprezentantului legal al unitatii : TELEFON _____

ADRESA EMAIL _____

Spațiul unde funcționează cabinetul este obținut prin (prin subliniere):

- 1 - contract de vânzare - cumpărare;
- 2 - contract de închiriere;
- 3 - alte forme (specificare) _____.

Anexez la prezenta cerere următoarele:

Copii după Autorizația de liberă practică a cadrelor pentru activitățile conexe actului medical sau Avizul anual pentru autorizarea exercitării profesiei conform specialității obținute în urma studiilor și competențelor dobândite;

- Dovada deținerii legale a spațiului în care funcționează cabinetul (dacă contractul de închiriere nu este vizat de Direcția de Finanțe se adaugă la contract și copie după actul de deținere a spațiului proprietarului);

- Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități;

Data

**DOMNULUI DIRECTOR AL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A
JUDEȚULUI IAȘI**