

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul _____
cod parafă _____ delegat al Societății Civile Medicale

cu următoarele activități medicale _____

înființată la data de : zi _____ lună _____ an _____ cu sediul în : județ Iași
localitatea _____, Str. _____ nr. _____ bl. _____ et. _____ ap. _____ tel. _____

solicit înregistrarea cabinetului în **Registrul Unic al Cabinetelor Medicale** -

Date contact ale reprezentantului legal al unitatii : TELEFON _____

ADRESA EMAIL _____

În unitate vor funcționa un număr de _____ cabinete

Anexez la prezenta cerere următoarele:

- Copii după certificatele de membru ale medicilor, altor cadre cu pregătire superioară pe care va fi menționat și codul de parafă;
- Copie după ordinul de confirmare în specialitate/primariat;
- Dovada legală de deținere 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);
- Avizul Colegiului Medicilor în conformitate cu prevederile Ord. MS. Nr. 153/2003;
- Contractul de societate civilă încheiat cu respectarea dispozițiilor art. 1491, 1492-1531 din Codul civil și Statutul Societății Civile Medicale;
- Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități.

Data

Semnătura,

DOMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ IAȘI