

Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în _____
 str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. ___ ap. ___ sector _____
 telefon _____, fax _____ e-mail _____ solicit
 a-mi aproba :

- Schimbarea sediului: la adresa Str _____ nr. _____ Bl. _____ Sc _____
 Et. _____ Ap_ Cabinet _____, Sector _____ cu suprafața de _____
- Înființarea/ anularea sediului /secundar la adresa Str _____ nr. _____
 Bl. _____ Sc _____ Et. _____ Ap_ Cabinet _____, Sector _____ cu suprafața de _____
- Schimbarea numelui: _____

a **Cabinetului de practică/ societății civile de practică / S.R.L. pentru servicii publice conexe actului medical** _____, înregistrat în Registrul Unic la data de _____ cu numărul de înregistrare _____.

Menționez că în cadrul unității lucrează _____ persoane.

Contratură cabinet _____

Data:

Semnătura

Anexez alăturat:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Autorizația/autorizațiile de Liberă Practică a/ale titularului/personalului cabinetului - copie
..... |
| <input type="checkbox"/> 2. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu servicii publice conexe actului medical furnizate pe specialități, competențe, supraspecializări (notificare eliberată de D.S.P-MH sau Proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare în vederea autorizării sanitare)..... |
| <input type="checkbox"/> 3. Act de deținere legală a spațiului pentru: sediul social și sediile lucrativ în care funcționează unitatea cu personalitate juridică- copii..... |
| <input type="checkbox"/> 4. Lista de personal medical de specialitate angajat cu contract individual de muncă ori în altă formă, diplome, certificate de membru în Colegii/Asociații profesionale |
| <input type="checkbox"/> 5. Documente care atestă modificările survenite..... |
| <input type="checkbox"/> |