

Domnule Director,

Subsemnatul(a) - Asistent medical _____,

domiciliat(ă) în _____ str. _____, nr. _____,

bl. _____, sc. _____ ap. _____ telefon _____, e-mail

_____ cu specialitatea As.med. _____,

codul de parafă _____, solicit solicit a-mi aproba :

Schimbarea sediului: la adresa: Loc.....Str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., sectorul, cu suprafața de

Înființarea/desființarea sediului/secundar la adresa: Loc.....Str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., sectorul, cu suprafața de

Schimbarea numelui

Schimbarea structurii cabinetului

Modificarea serviciilor de îngrijiri medicale autorizate

.....
(Se vor enumera serviciile de îngrijiri medicale autorizate a fi acordate ca urmare a modificării activității cabinetului, în funcție de specializările și competențele profesionale dobândite de titular, potrivit prevederilor [anexei nr. 1](#) la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.454/2014.)

Alte modificări:

A C.P.I./C.P.I.A. _____,

înscris în Registrul Unic la data de _____ cu numărul de înregistrare _____.

Data:

Semnătura și parafa:

Anexez alăturat:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 1.Certificat de membru eliberate de OAMMR din care să reiasă specialitatea– copie.....• 2.Certificatul de avizare a C.P.I./C.P.I.A. eliberat de OAMMR – ORIGINAL + copie.....• 3.Dovadă de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) pe numele cabinetului – copie..... ;• 4.Dovada dotarii minime (declaratie si referat evaluare).....• 5.Autorizatia sanitara de functionare - copie.....• 6.Contract de asociere în cazul cabinetelor asociate - copie.....• 7.Tabel cu personalul si codurile lor de parafă ca lucreaza in C.P.I./C.P.I.A.• 8. Certificatul de inregistrare in Registrul Unic obtinut anterior (original) |
|---|