

Chitanta nr. \_\_\_\_\_

din \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

## CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL DE MEDICINĂ DENTARĂ

Subsemnatul .....  
domiciliat în localitatea ....., CNP.....,  
medic titular / delegat.

Vă rog a-mi elibera Certificatul de Avizare a Cabinetului Medical pentru cabinetul  
..... organizat sub forma de: .....

**Cabinetul** va funcționa în localitatea ..... județul  
Maramures, str ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., apt.  
.....,  
tel. fix și celular..... /  
.....,

având **punct de lucru** în localitatea ..... județul  
Maramures, str ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., apt.  
....., tel. ....,

în următoarele specialități:

-  
-  
-

și are în dotare:

**Cabinet:** (cifră / litere): ...../..... unituri dentare.

**Punct de lucru:** (cifră / litere): ...../..... unituri dentare.

**Orice modificare operată în structura cabinetului consimt  
să o comunic Colegiului Medicilor Dentiști Maramures**

**Data**

**Semnătura**