

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

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

## CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL DE MEDICINĂ DENTARĂ

Subsemnatul/a Dr. \_\_\_\_\_  
domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_, CNP. \_\_\_\_\_,  
medic titular / delegat.

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

**Sediul social:** în localitatea \_\_\_\_\_ județul Maramures, str  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, apt. \_\_\_\_\_,  
tel. fix și celular \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

având **puncte de lucru :**

- în localitatea \_\_\_\_\_ județul Maramures, str  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, apt. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_

- 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.

**Data**

**Semnătura**