

Nr.: _____

Data ____/____/____

Adeverință

Subscrisa/Subscrisul _____ (denumire unitate),
cu sediul în (localitatea) _____, (bd., str., intr., alee
etc.) _____ nr. _____, bl. _____, sc.
_____, et. _____, ap. _____, județ/sector _____,
înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. _____ și în Registrul unic al cabinetelor
medicale sub nr. _____ emis de Direcția de sănătate publică
_____, la data de _____, cod unic de înregistrare/cod
fiscal _____, telefon _____, e-mail
_____, având punct de lucruⁱ situat în _____
(localitatea), _____ (bd., str., intr., alee etc.) nr. _____, bl.
_____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ/sector
_____, **reprezentată prin** _____, **având**
funcția de _____, **adeverește prin prezența că d-na/d-ra/d-nul dr.**
_____, cod numeric personal
_____, desfășoară/ a desfășurat efectiv și legal activitatea de stomatologie
în cadrul unității în calitate de: salariat/ titularⁱⁱ/ asociatⁱⁱⁱ, pe durată: nedeterminată,
de la data de _____/ determinată, în perioada _____ -
_____, în baza: contractului individual de muncă/ documentului de înființare a formei
de exercitare a profesiei/ contractului de _____.

Subsemnatul _____, **în calitate de reprezentant al unității^{iv},**
declar pe propria răspundere că datele menționate în prezentul document sunt conforme cu realitatea și
că dețin autorizarea necesară pentru eliberarea prezentei.

Se eliberează prezenta pentru a fi depusă la Colegiul Medicilor Stomatologi București.

Numele în clar

Semnătura și ștampilă

ⁱÎn situația în care medicul stomatolog solicitant își desfășoară activitatea în cadrul unui punct de lucru.

ⁱⁱSe anexează certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale eliberat de direcția de sănătate publică.

ⁱⁱⁱIdem.