**CERERE DE AVIZARE**

**A SOCIETĂȚII MEDICALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ – SRL-**

Domnule Președinte,

 Subscrisa ....................................................................................................................S.R.L. cu sediul social în..............................., str. ...................................................nr.........bloc........etaj......apartament..........sector ........ înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J.............../.........../.................... având codul fiscal..................................... prin administratorul/delegatul ......................................................................... (delegația nr. ...............din ....................) vă rugăm să ne aprobați eliberarea Certificatului de Avizare al Societății Medicale cu Personalitate Juridică ..................................................................................................................S.R.L.

în specialitățile : .........................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

competențele: ............................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

Activitățile medicale se vor desfășura în specialitățile și competențele mai sus menționate la următoarele sedii :

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

Nr. unituri: ……………

Tel. reprezentant legal (medic stomatolog)

***La prezenta anexez documentele necesare si complete pentru obținerea acestui aviz.***

***Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minima.***

***Mă oblig să aduc la sediul Colegiului Medicilor Stomatologi București o copie după Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale în cel mai scurt timp de la obținerea acestuia.***

 Data: Semnătura:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_