



Colegiul Medicilor Stomatologi
BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, 020701, Sector 2, București 0770 608 967 / 0770 608 180 office@cmsb.ro cmsb.ro

CERERE DE AVIZARE
A SOCIETĂȚII MEDICALE CU PERSONALITATE JURIDICĂ – SRL-

Domnule Președinte,

SubscrisaS.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 JuridicăS.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:
