

# CERERE AVIZARE CMI

## DEPARTAMENTUL AVIZĂRI-ACREDITĂRI

Domnule Președinte,

Subsemnatul Dr. ...., vă rog să-mi apobați eliberarea *Actului de avizare* în conformitate cu datele personale completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii.

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute în art. 481 și 482 (1) din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății, Titlu XIII „Exercitarea profesiei de medic dentist. Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor Dentiști din România”.

NUME: \_\_\_\_\_INIȚIALE: \_\_\_\_\_PRENUME: \_\_\_\_\_

NUME PURTAT ANTERIOR: \_\_\_\_\_DATA NAȘTERII: \_\_\_\_\_

INSTITUTUL ABSOLVIT: \_\_\_\_\_ANUL ABSOLVIRII: \_\_\_\_\_

SERIA ȘI NR. DIPLOMEI DE MEDIC(MINISTER): \_\_\_\_\_COD PARAFĂ: \_\_\_\_\_

DOMICILIUL: ORAȘ: \_\_\_\_\_STR.: \_\_\_\_\_NR. \_\_\_\_\_

BLOC: \_\_\_\_\_SCARA: \_\_\_\_\_ETAJ: \_\_\_\_\_APARTAMENT: \_\_\_\_\_SECTOR (JUDEȚ): \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_COD NUMERIC PERS. DIN B.I.(13 CIFRE): \_\_\_\_\_

LOC DE MUNCĂ (INTEGRARE): \_\_\_\_\_

ADRESĂ LOC DE MUNCĂ: \_\_\_\_\_TEL.: \_\_\_\_\_

GRAD PROFESIONAL (medic dentist, rezident, specialist, primar): \_\_\_\_\_

SPECIALITATEA: \_\_\_\_\_

A DOUA SPECIALITATE: \_\_\_\_\_

COMPETENȚE, SUPRASPECIALIZĂRI: \_\_\_\_\_

DOCTOR ÎN MEDICINĂ: \_\_\_\_\_GRAD UNIVERSITAR: \_\_\_\_\_

LA UNIVERSITATEA: \_\_\_\_\_

ADRESA CMI: Str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scară \_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_

**La prezenta anexez documentele necesare si complete pentru obținerea acestui aviz. Declar pe proprie răspundere că această Societate Medicală îndeplinește condițiile de exercitare a activității medicale în concordanță cu competența profesională a medicilor, condițiile de dotare tehnică precum și normele de igienă. In conditiile in care in termen de 30 de zile de la depunerea prezentei cereri, inspectorul CMDB constata ca nu sunt respectate normele legale de functionare a cabinetelor, trebuie sa achit din nou taxele de avizare.**

Semnătura

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_