

DOMNULE PREȘEDINTE

Subsemnatul(a) cu
domiciliul în str. nr.
Bloc Scara Etaj ap. județul,
specialitatea și
competență în, vă
rog să-mi aprobați prelungirea/ înființarea CERTIFICATULUI DE AVIZARE A
CABINETULUI MEDICAL cu numele

.....
în specialitatea

.....
aflat la adresa

Str.....Nr.....

reprezentat de mine ca medic titular/ delegat.

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Certificatului de avizare a cabinetului medical și o copie după chitanța doveditoare a plății taxei de avizare.

Data

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Olt