

COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina, Jud. Olt, Str. Crișan, nr.9-11, Bloc Central, Mansardă,
Contact : 0751.259.159, 0763.120.571, www.cmolt.ro, E-mail: office@ot.colmed.ro

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 anexează 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

COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina, Jud. Olt, Str. Crișan, nr.9-11, Bloc Central, Mansardă,
Contact : 0751.259.159, 0763.120.571, www.cmolt.ro, E-mail: office@ot.colmed.ro

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)....., în
calitate dela , declar pe proprie răspundere că
mă oblig la respectarea independenței profesionale a medicilor angajați și că va fi angajat
numai personal medico-sanitar autorizat și acreditat, iar programul de lucru de la acest cabinet
nu se suprapune cu alte locuri de muncă.

DATA

SEMNĂTURA

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)....., în
calitate dela , declar pe proprie răspundere că
voi informa în scris Colegiul Medicilor Olt despre modificările în structura funcțională a
cabinetului medical și/sau în modificările serviciilor medicale acordate.

DATA

SEMNĂTURA