

CĂTRE,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bloc _____, ap. _____, posesor al actului de identitate _____, seria _____, nr. _____, având CNP _____, în calitate de reprezentant legal al cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, fără personalitate juridică ;

_____, situat în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, ap. _____, înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale - **Partea a 3-a pentru servicii publice conexe actului medical** cu nr. _____ din data de _____, prin prezenta solicit anularea Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a cabinetului sus menționat, începând cu data de _____.

Motivul prezentei solicitări de anulare este _____.

Depun următoarele documente:

- prezenta cerere formulată de reprezentantul legal al unității medico-sanitare;
- Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale- **Partea a 3-a pentru servicii publice conexe actului medical** în original.

Prezenta solicitare constituie act public și răspund, potrivit legii penale, pentru inexactitatea sau caracterul incomplet al datelor menționate.

Oradea, în data de _____

Semnătura _____