

CĂTRE,
DIRECTIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____,
medic de specialitatea _____, domiciliat(ă) în _____,
titular al cabinetului medical fără personalitate juridică cu sediul _____,
cu codul de înregistrare fiscală (C.I.F.) _____,
la adresa _____, având
codul personal (cod de parafă) _____, numărul de telefon de contact:
_____, numărul de telefon al cabinetului _____ și
adresa de e-mail: _____.

solicit emiterea certificatului anexă la certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale **partea I-a** (cabinetelor medicale fără personalitate juridică), conform prevederilor O.G. nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului M.S. nr. 1670/2025, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu alte reglementări legale incidente aplicabile în vigoare.

Pentru motivul:

- ***schimbarea denumirii cabinetului medical fără modificarea listei serviciilor oferite și a structurii funcționale***, astfel _____.

Anexez următoarele documente, prevăzute cu sintagma conform cu originalul și semnate:

- documentelor doveditoare de schimbare a denumirii cabinetului medical;
- declarația pe proprie răspundere a medicului titular al cabinetului medical, a medicilor grupați, a medicilor asociați privind menținerea neschimbată a structurii funcționale și a listei serviciilor medicale furnizate;
- copie de pe autorizația sanitară de funcționare;
- certificatul de înregistrare fiscală;
- avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor Stomatologi din România, după caz, privind înființarea cabinetului medical.

Oradea, în data de _____

Semnătura _____