Cerere eliberare DUPLICAT CERTIFICAT DE INREGISTRARE IN REGISTRUL UNIC

Catre Directia de Sanatate Publica Timis

***Domnule Director Executiv,***

Subsemnatul (a) …………………………………………………….........................................................

medic MG / specialist / primar in specialitatea………………………………………………...............

Cod numeric personal … … … … … … … … … … … … … Telefon de contact……………………

in calitate de 1. **reprezentant legal** …..

2. **imputernicit** ……..

al cabinetului cu denumirea ……………………………………………………………………………

cu forma de organizare: cabinet medical individual ……..

cabinet medical grupat…….

cabinet medical asociat…….

societate civila medicala …….

SRL………………..,

situat inlocalitatea…………………………………………..str……………………………………

nr……, bl. …., ap….., sc…. et…..

inregistrat in Registrul Unic al cabinetelor medicale cu nr. … … … … … … la data de …………..

solicit . **ELIBERAREA unui DUPLICAT al Certificatului de Inregistrare in Registrul Unic al Cabinetelor Medicale**

**Anexez in copie**

**Anexez in copie**

1. **certificatul de Registru Unic + certificate anexa sau supliment dupa caz**
2. **buletin/CI reprezentant legal**
3. Anunt in publicatie/ziar privind pierderea documentelor / declarate nule
4. **autorizatie sanitara de functionare**
5. **certificat de avizare cabinet medical**
6. **contract spatiu**
7. **acte SRL dupa caz**
8. **imputernicire notariala daca e cazul.**
9. **buletin/CI imputernicit.**

data semnatura