**Cerere SUSPENDARE activitate cabinete medicale**

Catre Directia de Sanatate Publica Timis

***Doamna Director Executiv,***

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

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

 2. 🞎 **imputernicit** ……..

**al cabinetului cu denumirea** “………………………………………………………”

cu forma de organizare: □cabinet medical individual □ cabinet medical grupat

□SRL □ cabinet medical asociat □ societate civila medicala

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

 str………………………………………………, nr……, bl. …., ap….., sc…. et…..

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

solicit . **suspendarea** cabinetului incepind cu data de ………………, pentru o perioada de ………

Termenul de suspendare al activitatii cabinetelor conexe este de maxim 12 luni.

**Anexez:**

1. **1 *copie* certificatul de Registru Unic ± certificate anexa sau supliment dupa caz**
2. **copie buletin reprezentant legal**
3. **imputernicire notariala si copie buletin imputernicit daca e cazul**

Subsemnatul-a dr. ............................................................................... declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru utilizarea si prelucrarea datelor prevăzute de legislatia in vigoareprivind emiterea documentului solicitat prin prezenta cerere si aceste date corespund realitatii.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea eliberarii documentului solicitat prin prezenta cerere.

□ DA, sunt de acord □ NU sunt de acord

Adresa de contact:………………………………………………………………………………….

Telefon de contact…………………… e-mail..........................................@......................

data semnatura

stampila cabinet