Cerere SUSPENDARE activitate cabinete medicale

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

**Anexez:**

**1 certificatul de Registru Unic + certificate anexa sau supliment dupa caz in copie**

2. **copie buletin reprezentant legal**

**3. imputernicire notariala daca e cazul.**

**4. copie buletin imputernicit.**

data semnatura