

Către Direcția de Sănătate Publică Timiș  
**Domnule Director Executiv,**

Subsemnatul (a)

Nume.....Inițiala tatălui.....

Prenume .....Nume anterior (căsătorie).....

CNP \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

absolvent

al

.....promoția.....

medic ..... medic specialist ..... medic primar.....

în specialitatea.....

confirmat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.....din anul .....

cu domiciliu stabil in localitatea..... str.....

nr....., bl. ...., ap....., sc... telefon contact .....e-mail.....

incadrat la - unitatea sanitara .....

- Cabinet medical.....

- cod cabinet Registru Unic al Cabinetelor Medicale \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

**Declar pe propria răspundere - că nu am cod de parafă.....**

-că am codul de parafă \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

Data

Semnătura solicitant

.....

.....

Actele se depun la registratura Directiei de Sanatate Publica .

Telefon de contact 0256-494680.

**Anexez urmatoarele acte, numerotate si cu OPIS:**

1.Certificat membru + Aviz anual Colegiului Medicilor Timis /de la Colegiul Medicilor Dentisti Timis- ORIGINAL+COPIE

2. Adeverinta loc de munca – ORIGINAL

3.Confirmarea in specialitate prin ordinul Ministerului Sanatatii -Certificat medic specialist / primar - ORIGINAL+COPIE

4. Buletin /carte identitate – ORIGINAL+COPIE

5.Acte doveditoare ale modificarii de nume, *daca e cazul* certificat de casatorie/sentita divort etc – ORIGINAL+COPIE

6. Contract de muncă/ colaborare - ORIGINAL+COPIE

7. Diploma de licență - ORIGINAL+COPIE

8. Pentru PFI, PFA dovada inscrierii la Administratia Financiara(CIF); pentru SRL Certificatul Constatator de la Registrul Comerțului.

VERIFICAT: Nume, prenume

Semnătura