

# COLEGIUL MEDICILOR DENTIȘTI DIN ROMANIA

## DEPARTAMENTUL AVIZĂRI – ACREDITĂRI

Nr.....din.....

### CERERE PENTRU MUTAREA SEDIULUI CABINETULUI MEDICAL

**Domnule Președinte,**

**Subsemnatul(a)** Dr. ...., posesor/posesoare al/a B.I./C.I.  
seria..... nr....., CNP....., titular/asociat unic  
al..... *vă rog să aprobați*  
*mutarea sediului*..... aflat la  
adresa .....  
la noua adresă .....

în conformitate cu datele completate mai sus și cu actele doveditoare anexate cererii în **xerocopie**:

- acte spațiu;
- proces verbal eliberat de Direcția de Sănătate Publică a județului Arad;
- autorizația de funcționare eliberată de CMR/CMDR.

Semnătura

.....

Data

.....

D-lui Președinte al Consiliului Județean al Colegiului Medicilor Dentiști din Județul Arad.