

Către,
Direcția de Sănătate Publică Satu Mare

Subsemnatul....., medic.....
.....cod parafă.....domiciliat în loc.....
prin prezenta vă rog a-mi elibera Certificatul de Înregistrare pentru
cabinetul.....
.....situat în
loc.....codul.....,str.....nr.....
organizat sub forma.....
având următoarea specialitate.....
și înființat în data de.....

Data,

Semnătura,

* specialitatea medicului delegat (reprezentant al unității)

** denumirea cabinetului

*** forma de organizare a cabinetului (individual, grupat, asociat, societate civilă medicală)

Notă:

Pentru formele de organizare: grupat, asociat și societate civilă se vor trece și datele medicilor asociați.

1. Numele și prenumele.....
Specialitatea.....
Codul parafă.....
2. Numele și prenumele.....
Specialitatea.....
Codul parafă.....
3. Numele și prenumele.....
Specialitatea.....
Codul parafă.....
4. Numele și prenumele.....
Specialitatea.....
Codul parafă.....
5. Numele și prenumele.....
Specialitatea.....
Codul parafă.....