

Adresa: str.Săvineștilor nr.1, 410123 Oradea
Telefon: 0359 431029 Fax : 0359 407399
E-mail: secretariatcmdbh@gmail.com
Cod fiscal: 17097472.,
Cont IBAN / ROL: RO29BTRL00501205734402XX
Banca Transilvania Oradea

CMSBH Colegiul Medicilor
Stomatologi Bihor

Chitanta nr. _____/

Nr. reg. CMSBH _____/ data _____

CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI DE STOMATOLOGIE

Subsemnatul.....
domiciliat în localitatea
CNP.....,
medic titular / delegat.

Vă rog a-mi elibera Certificatul de Avizare a Cabinetului Medical pentru cabinetul
..... organizat sub forma de:
.....

Cabinetul va funcționa în localitatea județul Bihor, str
..... nr., bl., sc., apt., tel.
fix și celular..... /,
având **punct de lucru** în localitatea județul Bihor, str
..... nr., bl., sc., apt., tel.
.....,

în specialitatea:

- STOMATOLOGIE

și are în dotare:

Cabinet: (cifră / litere):/..... unituri dentare.

Punct de lucru: (cifră / litere):/..... unituri dentare.

**Orice modificare operată în structura cabinetului consimt
să o comunic Colegiului Medicilor Stomatologi Bihor**

Data

Semnătura