

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/a Dr.
domiciliat în localitatea....., CNP.....
medic titular / delegat.

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

Sediul social: în localitatea județul Bihor, str
..... nr., bl., sc., apt.,
tel. fix și celular..... /

având **puncte de lucru :**

- în localitatea județul Bihor, str
..... nr., bl., sc., apt.,
tel.,

- 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