

**Către,**

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ALBA**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ apartament \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_,  
în calitate de **reprezentant legal** al \_\_\_\_\_,  
cu sediul social în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_

Vă rog să binevoiți a-mi elibera „**CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE**”  
pentru:

\_\_\_\_\_ ,  
situat în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_

Alăturat anexez următoarele acte:

1. Certificatele de membru ale personalului care desfășoară activități conexe actului medical, cu viza la zi - copie;
2. TABEL NOMINAL cu personalul care desfășoară activități conexe actului medical și specialitățile acestora, semnat și ștampilat de reprezentantul legal al societății;
3. Dovada legală a deținerii spațiului în care funcționează obiectivul (contract de vânzare cumpărare, comodat, închiriere, concesiune etc.) – copie;
4. Declarație pe propria răspundere privind dotarea minimă necesară funcționării obiectivului.

**Data**

.....

**Semnătura reprezentantului legal,**

**Notă: În cazul în care se solicită modificări privind locații, punct de lucru, practicieni, activități, se va anexa CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE existent – în original.**