

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.