

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al cabinetului de
medicină dentară..... aflat la adresa,
str..... nr..... localitatea județul
.....telefon.....fax..... cu certificat de înregistrare în
registru unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare sau organizare a
unității sanitare nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....cont
nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod
fiscal.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor
nr.....cu valabilitate până la..... asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical
pentru personalul medico-sanitar nr.....autorizații de liberă practică/certificatele de membru ale
Colegiului Medicilor Dentiști pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea cabinetului sus-
numit / punctului de lucru.

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a
Cabinetelor de Medicină Dentară și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Cabinetelor de
Medicină Dentară de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în
vederea evaluării furnizorului, precum și acces liber în spațiile acestuia.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru

Furnizorul este de condus decare se legitimează cu
BI/CI.....seria.....nr.....și are contract de muncă, după caz, nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară