

CĂTRE,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bloc _____, ap. _____, posesor al actului de identitate _____, seria _____, nr. _____, având CNP _____, în calitate de medic de specialitatea _____, reprezentant legal al Cabinetului Medical _____, specialitatea _____, situat în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bloc _____, ap. _____, înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale cu nr. _____ din data de _____, prin prezenta solicit anularea Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a cabinetului medical sus menționat, începând cu data de _____.

Motivul prezentei solicitări de anulare este _____.

Depun următoarele documente:

- prezenta cerere formulată de reprezentantul legal al unității medico-sanitare;
- Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, în original.

Prezenta solicitare constituie act public și răspund, potrivit legii penale, pentru inexactitatea sau caracterul incomplet al datelor menționate.

Oradea, în data de _____

Semnătura _____