

Nr. înregistrare DSP ALBA

...../.....

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ALBA

Subsemnatul(a).....**în calitate de reprezentant legal** al.....cu sediul

social în.....str.....nr.....**TELEFON**.....

Vă rog să binevoiți a-mi opera următoarele modificări în:

CERTIFICATUL DE INREGISTRARE nr...../.....eliberat pentru

activitatea medicală:

- **înlocuirea/retragerea/completarea/medicului**.....

specialitatea.....cu medicul.....

specialitatea.....

- **înlocuirea/retragerea/completarea/medicului**.....

specialitatea.....cu medicul.....

specialitatea.....

- **înlocuirea/retragerea/completarea/medicului**.....

specialitatea.....cu medicul.....

specialitatea.....

Alăturat anexez:

- **Certificatul de membru CMR al medicului, cu viza la zi – în copie;**

- **CERTIFICATUL DE INREGISTRARE** nr...../..... - **în original;**

- **AUTORIZAȚIA SANITARĂ DE FUNCȚIONARE** nr...../..... - **în copie;**

Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.

Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. ALBA să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul emiterii Certificatului de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor, precum și pe durata valabilității acestuia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.

Data,

.....

Reprezentant legal,

.....