

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE DOTAREA NECESARĂ A CABINETULUI

CĂTRE CMS IAȘI

Subsemnatul(a)Dr.....
Medic titular/Administrator al/a cabinetului de medicină stomatologică forma de organizare
CMI/SRL/SCM/SRL-D/Cabinete Grupate/Cabinete Asociate cu
denumirea..... situat
în....., prin prezenta declar
pe propria răspundere că la data depunerii dosarului, cabinetul de medicină dentară menționat
mai sus, prezintă dotarea minimă necesară.

Data,
Semnătura,