

**CĂTRE,**  
**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ -  
medic de specialitatea \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_,  
titular al cabinetului medical cu personalitate juridică \_\_\_\_\_, cu sediul la  
adresa \_\_\_\_\_, având  
codul personal (cod de parafă) \_\_\_\_\_, numărul de telefon de contact:  
\_\_\_\_\_, numărul de telefon al cabinetului \_\_\_\_\_ și  
adresa de e-mail: \_\_\_\_\_.

solicit emiterea certificatului anexă la certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor  
Medicale **partea II-a** (cabinetelor medicale fără personalitate juridică), conform prevederilor O.G. nr.  
124/1998, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului M.S. nr. 1670/2025, cu modificările și  
completările ulterioare, coroborate cu alte reglementări legale incidente aplicabile în vigoare.

Pentru motivul:

- ***schimbarea denumirii cabinetului medical fără modificarea listei serviciilor oferite și a  
structurii funcționale***, astfel \_\_\_\_\_.

Anexez următoarele documente, prevăzute cu sintagma conform cu originalul și semnate:

- documentelor doveditoare de schimbare a denumirii cabinetului medical/societății de la ORC;
- declarația pe proprie răspundere a medicului titular al cabinetului medical, a medicilor grupați, a  
medicilor asociați privind **menținerea neschimbată** a structurii funcționale și a listei serviciilor medicale  
furnizate;
- copie de pe autorizația sanitară de funcționare;
- avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor  
Stomatologi din România, după caz.

Oradea, în data de \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_