

Către

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul(a) _____, având specialitatea ¹

_____ ,

medic titular al cabinetului medical de profil și firma (după caz) _____

situat în localitatea _____, Str. _____,

Nr. _____, Ap. _____,

Declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă pentru funcționarea cabinetului mai sus menționat, conform Ordinilor Ministerului Sănătății Nr. 153 / 2003 și 560 / 2003, ca urmare va rog sa-mi eliberati o adeverinta de dotare minima.

Data: _____

Semnătura și parafa _____

*** Vă rugăm să completați citeț, cu majuscule.**

¹ Exemplu: medic primar medicină generală; după caz competența.