

Nr.: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Adeverință

**Subscrisa/Subscrisul** \_\_\_\_\_ (denumire unitate), cu sediul în (localitatea) \_\_\_\_\_, (bd., str., intr., alee etc.) \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_, înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. \_\_\_\_\_ și în Registrul unic al cabinetelor medicale sub nr. \_\_\_\_\_ emis de Direcția de sănătate publică \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, cod unic de înregistrare/cod fiscal \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, având punct de lucru<sup>i</sup> situat în \_\_\_\_\_ (localitatea), \_\_\_\_\_ (bd., str., intr., alee etc.) nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_, reprezentată prin \_\_\_\_\_, având funcția de \_\_\_\_\_, adeverește prin prezenta că d-na/d-ra/d-nul dr. \_\_\_\_\_, cod numeric personal \_\_\_\_\_,  desfășoară/ a desfășurat efectiv și legal activități de medicină dentară în cadrul unității în calitate de:  salariat/ titular<sup>ii</sup>/ asociat<sup>iii</sup>, pe durată:  nedeterminată, de la data de \_\_\_\_\_/ determinată, în perioada \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, în baza:  contractului individual de muncă/ documentului de înființare a formei de exercitare a profesiei/ contractului de \_\_\_\_\_.

**Subsemnatul** \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant al unității<sup>iv</sup>, declar pe propria răspundere că datele menționate în prezentul document sunt conforme cu realitatea și că dețin autorizarea necesară pentru eliberarea prezentei.

Se eliberează prezenta pentru a fi depusă la Colegiul Medicilor Dentiști București.

\_\_\_\_\_  
Numele în clar

\_\_\_\_\_  
Semnătura și stampilă

<sup>i</sup>În situația în care medicul dentist solicitant își desfășoară activitatea în cadrul unui punct de lucru.

<sup>ii</sup>Se anexează certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale eliberat de direcția de sănătate publică.

<sup>iii</sup>Idem.