

TARIF ASF	TARIF CERTIFICAREA CONFORMITATII	TARIF ASISTENTA DE SPECIALITATE	TARIF URGENTA	ALTE PRESTATII MEDICALE

COMP. AVIZE / AUTORIZARI

CERERE

Subsemnatul (a) _____
cu domiciliul in localitatea _____, jud. _____
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____,
posesor al C.I. seria _____, nr. _____ eliberat de _____ la data de _____ in
calitate de _____ al _____
cu sediul in localitatea _____, jud. _____
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____,
telefon _____, fax _____, inmatriculata la registrul comertului
sub nr. _____ avand codul fiscal nr. _____ din _____, solicit

- Autorizatie Sanitara de Functionare cu declaratie pe propria raspundere
 Autorizatie Sanitara de Functionare cu referat de evaluare
 Certificarea conformitatii
 Asistenta de specialitate de sanatate publica

pentru obiectivul _____
situat la adresa din localitatea _____ str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, avand ca obiect de activitate (cod CAEN) :

cu structura functionala :

- spatii _____
- nr.angajati : _____