

Către

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ  
A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, având specialitatea <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_,  
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.**

**<sup>1</sup> Exemplu: medic primar medicină generală; după caz competența.**