Către Direcția de Sănătate Publică Covasna

Doamnei/Domnului Director Executiv

Subsemnatul(a) .....

în calitate de titular/reprezentant legal al cabinetului cu denumirea:

.....

cu forma de organizare:

- cabinet medical individual
- cabinet medical grupat
- cabinet medical asociat
- societate civilă medicală
- SRL

situat în localitatea..... str. .....

nr. .....Bl. ..... Sc. ..... ap. .....

înregistrat în Registrul Unic al cabinetelor medicale cu nr. ..... la data de .....

solicit :

- **suspendarea** activității cabinetului începând cu data de.....
  pentru perioada de ..... ani
- **radierea** activității cabinetului începând cu data de .....

Anexez:
- Certificat de Registru Unic și certificat anexă sau supliment după caz, în original;

Data Semnătura

....