

C E R E R E
de reluare a valabilității certificatului de acreditare

Prin prezenta, _____
(prestatorul de servicii medicale, inclusiv denumirea comercială)

reprezentat de _____
(numele prenumele conducătorului)

Numărul de contact _____, E-mail _____,
solicit reluarea valabilității certificatului de acreditare nr. _____ în legătură cu _____

Adresa juridică _____

Adresa de amplasare a instituției, întreprinderii _____

Telefon _____ E-mail _____

Cod fiscal _____

(semnătura conducătorului)

(numele, prenumele)

„_____” _____ 202_

La cerere se anexează:

1. Copia Buletinului de identitate a persoanei care depune cererea (conducătorul, reprezentantul legal, persoana desemnată (după caz).
2. Copia procurii sau copia ordinului de nominalizare a persoanei responsabile de depunerea cererii (după caz).

În cazul depunerii cererii în format electronic, se aplică semnătura electronică și se remite cererea la adresa secretariat@cneas.gov.md.