

Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate  
mun. Chișinău, str. N. Testemițanu, nr. 20

**C E R E R E**  
**de suspendare a certificatului de acreditare**

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

Cu adresa juridică \_\_\_\_\_

Cod fiscal \_\_\_\_\_

reprezentat de \_\_\_\_\_  
(numele, prenumele conducătorului)

Numărul de contact \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_

solicită suspendarea Certificatului de Acreditare nr. \_\_\_\_\_ eliberat la data \_\_\_\_\_

în legătură cu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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](mailto:secretariat@cneas.gov.md).