

Consiliului Național
de Evaluare și Acreditare în Sănătate
mun. Chișinău, str. A. Cosmescu, 3, bl. A.

C E R E R E
de eliberare a duplicatului certificatului de acreditare
(în caz de pierdere sau deteriorare a acestuia)

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

Cu adresa juridică

_____, Cod
fiscal _____

reprezentată de _____
(numele prenumele conducătorului)

Numărul de contact, E-mail _____ solicită eliberarea duplicatului
certificatului de acreditare nr. _____ eliberat la data _____,

în legătură cu _____

(semnătura conducătorului)

(numele, prenumele)

„_____” _____ 202_

La cerere se anexează:

1. Certificatul de Acreditare deteriorat.
2. Copia Buletinului de identitate a persoanei care depune cererea (conducătorul, reprezentantul legal, persoana desemnată (după caz).
3. 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.