

C E R E R E
de retragere a certificatului de acreditare

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 retragerea Certificatului de Acreditare nr. _____ eliberat la data _____

în legătură cu _____

(semnătura conducătorului)

(numele, prenumele)

„_____” _____ 202_

La cerere se anexează:

1. Certificatul de Acreditare.
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.