Direcția de Sănătate Publică Arad

Nr. ........... / ……………….…

**Cerere autorizație sanitară de funcționare**

Subsemnatul(a),.......................................................................................................... cu domiciliul în judeţul…….................,localitatea....................................................................................................................., str........................................................................................, nr............, bl…......., sc…....., et…....., ap……...,

posesor/posesoare al/a BI/CI seria ............nr. ......................... eliberat de ..................................................... la data de …........................................., în calitate de.......................................................................................... al ………................................................................................................................................................................

cu sediul în ...................................., str. …........................................, nr. ......., bl......., sc....., et....., ap...., telefon......................................,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,., fax…………………………..……………., e-mail: ………………………………………………………….. înmatriculată la Registrul comerţului cu nr. .............................., având codul fiscal nr. ........................... din data ........................ **solicit :**

**modificarea** **AUTORIZAȚIEI SANITARE DE FUNCȚIONARE,**

pentru ...........................................................................................................................................................

situat la adresa: ..........................................................……………………………………………….……..

având ca obiect de activitate (cod CAEN): ..................................................................................................

structura funcţională:....................................................................................................................................,

**astfel:**

* schimbarea denumirii unității medicale ........................................................................................................
* schimbarea administratorului .........................................................................................................................
* mutarea sediului social la adresa: județ ........................................................., loc. ......................................................................., str . ..................................................................................., nr. ..........., bl ............, sc .........., ap .........., et ..........
* înființarea punctului de lucru la adresa: loc. ....................................................., str ................................. ...................................................................................., nr. ........., bl ............, sc ........., ap ......., et .........
* mutarea punctului de lucru la adresa: loc. .................................................................. str. . ............................................................................................., nr. ........., bl ......, sc ........, ap ........, et ......
* completarea / restrângerea activităților medicale autorizate și/sau a numărului de cabinete (enumerare)...................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* altă modificare ...................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

1. Memoriul tehnic în care este descris modul de îndeplinire a cerinţelor prevăzute de reglementările legale specifice domeniului de activitate (model);
2. Schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate;
3. Acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului (contract închiriere / comodat / concesiune adaptat tipului de activitate desfăşurat)
4. Documente care atestă dobândirea personalităţii juridice – CUI, codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală, iar pentru asociaţii şi fundaţii, statutul unităţii și dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor;
5. Act constitutiv,
6. Certificat constatator eliberat de ORC,
7. Avizul Colegiului medicilor pentru cabinet medical
8. Dovada competenței de exercitare a profesiei (certif membru colegiul medicilor / medicilor dentiști / ordin sau altele dupa caz, în termen de valabilitate)
9. Contractul de incinerare deșeuri medicale periculoase / declarație din care reiese că activitatea prestată nu produce deșeuri medicale periculoase
10. Lista cu serviciile medicale prestate
11. Alte documente care sa ateste indeplinirea cerintelor legale, după caz
12. Copie/original autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul
13. *Chitanţa de plată* a tarifului de autorizare sanitară nr. ........................ din data de ...................................., în valoare de 500 lei și dovada de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 150 lei, dacă e cazul, care se va achita la caseria DSPJ Arad, după verificarea dosarului **SAU** *Ordin de plată*, cu data achitării, maxim 24-48 ore înaintea depunerii dosarului.

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

**Declar pe proprie răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.**

**Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Arad să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul emiterii autorizației sanitare de funcționare precum și pe durata valabilității acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.**

Data Semnătură reprezentant legal

**MEMORIU TEHNIC UNITATE SANITARA**

1. **DENUMIREA COMPLETĂ A OBIECTIVULUI:**
2. **SEDIU:**
3. **NUMELE PERSOANEI FIZICE SAU JURIDICE DEŢINĂTOARE:**
4. **ADRESĂ OBIECTIV:**
5. **PROFILUL ACTIVITĂŢII:**
6. **DESCRIERE CLĂDIRE/ SPAȚIU ACCES:**
7. **CIRCUITELE FUNCȚIONALE (ENUMERARE SPAȚII CU DESTINAȚIE ȘI SUPRAFEȚE) CONFORM ORDIN MS NR. 1338/2007**

* **NR. ÎNCĂPERI ȘI DESTINAȚIA LOR/SUPRAFAȚA(MP):**
* **CABINET MEDICAL CONSULTAȚII ÎN SPECIALITATEA/SPECIALITĂȚILE CU SUPRAFAȚA DE …… MP,**
* **SALĂ DE TRATAMENT**
* **SALĂ DE AȘTEPTARE**
* **MAGAZIE/ DEPOZIT MATERIALE / USTENSILE DE CURĂȚENIE**
* **VESTIAR**
* **BIROU**
* **ALTE ÎNCĂPERI**
* **GRUPURI SANITARE: PERSONAL/ PACIENȚI**

***SE VOR PRECIZA SPECIALITĂȚILE CABINETELOR CARE FUNCȚIONEZA ÎN COMUN.***

1. **DOTAREA OBIECTIVULUI CU MOBILIER, APARATURĂ, INSTRUMENTAR NECESARE ACTIVITĂŢII ȘI**

**DOTARE MINIMĂ OBLIGATORIE CONF. ORD. M.S. NR. 153/2003 ÎN FUNCȚIE DE SPECIALITATE (ENUMERARE)**

1. **SUPRAFEȚE: PAVIMENT, PEREȚI, MOBILIER**
2. **STERILIZARE-DEZINFECȚIE**
3. **MOD DE COLECTARE, DEPOZITARE TEMPORARĂ ȘI NEUTRALIZARE A DEȘEURILOR PERICULOASE REZULTATE ÎN URMA ACTIVITĂȚII MEDICALE**
4. **MODUL DE GESTIONARE A COLECTĂRII, ÎNDEPĂRTĂRII DEȘEURILOR MENAJERE (CONTRACT RETIM)**
5. **MODUL DE ASIGURARE ŞI DISTRIBUŢIE A APEI POTABILE, CANALIZARE, ILUMINAT, ÎNCĂLZIRE:**
6. **NUMĂRUL ŞI STRUCTURA PERSONALULUI.**

DATA ÎNTOCMIRII: NUME MEDIC

SEMNĂTURĂ, PARAFĂ

**NOTA:**

**MEMORIUL TEHNIC** DEPUS VA FI **TEHNOREDACTAT**, CU **PRECIZAREA** ACTIVITĂȚILOR, **SPECIALITĂȚILOR** CE FUNCȚIONEAZĂ ÎNTR-UN CABINET, SPAȚII COMUNE CU ALT CABINET AUTORIZAT ȘI **DOTAREA MINIMĂ**; ÎN ACELAŞI SPAŢIU CU DESTINAŢIA DE CABINET MEDICAL NU POT FI ÎNFIINŢATE MAI MULT DE DOUĂ CABINETE MEDICALE ŞI NUMAI DACĂ SE ÎNDEPLINESC CONDIŢIILE DE COMPATIBILITATE ÎNTRE SPECIALITĂŢILE MEDICALE PRIVIND SERVICIILE MEDICALE FURNIZATE,

**ÎN SCHIȚA CU DETALII DE STRUCTURĂ FUNCȚIONALĂ** SE VOR PRECIZA DESTINAȚIA ÎNCĂPERILOR, SUPRAFAȚA ACESTORA, SPECIALITĂȚILE MEDICALE, SPAȚIUL COMUN CU ALT CABINET AUTORIZAT ÎN CONCORDANȚĂ CU DATELE DIN MEMORIUL TEHNIC ȘI CONTRACTUL DE SPAȚIU