DSP 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 **tehnoredactat** 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 :

*- pentru SRL*:

- actul constitutiv (cu obiect de activitate furnizarea serviciilor conexe actului medical )

 - certificatul de înregistrare la Registrul Comerțului,

 - certificat constatator la Registrul Comerțului

*- pentru asociatii și fundații:*

 - actul constitutiv/statutul, cu precizarea ca scop și obiectiv furnizarea serviciilor conexe actului medical

 - certificatul de înregistrare în registrul persoanelor juridice

 - hotărâre judecătorească de înființare

1. Avizul organizației profesionale teritoriale, cu menționarea practicilor autorizate în cadrul cabinetului (pentru serviciile publice conexe actului medical de *fizioterapie, psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială, logopedie, tehnică dentară, nutriție și dietetică*);
2. Autorizația de liberă practică sau, după caz, copie de pe atestatul de liberă practică pentru persoanele care furnizează servicii publice conexe actului medical în cadrul cabinetului (copie), eliberată/eliberat de:
* direcția de sănătate publică județeană sau
* organizația profesională legal constituită cu competență în emiterea documentelor care atestă pregătirea profesională și dreptul de liberă practică pentru membrii organizației;
1. Lista cu serviciile furnizate în cadrul cabinetului, asumată prin semnătura reprezentantui legal;
2. Alte documente care sa ateste indeplinirea cerintelor legale, după caz
3. Copie/original autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul
4. *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 FURNIZOARE DE SERVICII CONEXE ACTULUI MEDICAL**

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. 1992/2023**
* **NR. ÎNCĂPERI ȘI DESTINAȚIA LOR/SUPRAFAȚA(MP):**
* **SPAȚII DE LUCRU (TIP SERVICIU CONEX) CU SUPRAFAȚA DE …… MP,**
* **SALĂ DE AȘTEPTARE**
* **SPAȚIU DEPOZITARE MATERIALE / USTENSILE DE CURĂȚENIE**
* **VESTIAR**
* **BIROU**
* **GRUPURI SANITARE: PERSONAL/ PACIENȚI**
* **ALTE ÎNCĂPERI**
1. **DOTAREA OBIECTIVULUI CU MOBILIER, APARATURĂ, INSTRUMENTAR NECESARE ACTIVITĂŢII ȘI DOTAREA MINIMĂ OBLIGATORIE CONF. ORD. M.S. NR. 1992/2023, ÎN FUNCȚIE DE SPECIALITATE (ENUMERARE)**
2. **SUPRAFEȚE: PAVIMENT, PEREȚI, MOBILIER**
3. **-DEZINFECȚIE**
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 TITULAR SERVICII CONEXE

 SEMNĂTURĂ

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