***Cerere înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor partea a 3-a- servicii publice conexe actului medical –***

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ARAD

Subsemnatul/a ........................................................................................................................................... , CNP ...................................................................... telefon ...................................................................., adresă e\_mail .............................................................................................., în calitate de titular / coordonator asociație / administrator / reprezentant legal, autorizat să practice profesia de .........................................................................................................................., angajat(ă) cu normă de bază la ....................................................................................................................................................................

prin prezenta vă rog a-mi înregistra în ***Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea a 3-a***, cabinetul / societatea pentru servicii publice conexe actului medical cu:

* denumirea .....................................................................................................................................................
* formă de organizare :

○ cabinet de practică individual,

○ cabinete de practică grupate

○ cabinete de practică asociate

○ societate civilă de practică

○ SRL

○ asociație/fundație

* adresa:
* *sediu /sediu social*: județ ........................................................ loc. .......................................................

str. .......................................................................................................................,

nr. ....................., bl. .................., ap. ................, sc. ..............., et. .....................

* *punct de lucru:* județ *...........................................................* loc. ...........................................................,

str. ................................................................................................................................,

nr. ...................., bl ..................., ap. ...................., sc. ................., et. .........................

- nr. înmatriculare Registrul Comerțului J .................. / ................................. / .............................................

- cod unic de înregistrare ...............................................................................................................................

- nr. înregistrare în Registrul persoanelor juridice ............................................... / ........................................

- activități conexe actului medical autorizate (enumerare)..............................................................................

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

*Menționez următoarele*:

- personalul de specialitate autorizat, angajat/ contractat în cadrul cabinetului medical:

1. Nume și prenume ...................................................................................., angajat(ă) cu normă de bază la..............................................................................................................................................................

2. Nume și prenume ...................................................................................., angajat(ă) cu normă de bază la...............................................................................................................................................................

- nr.telefon și adresa e\_mail cabinet: ....................................................................................................................

*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 înscrierea 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 înscrierii în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale și emiterii Certificatului de înregistrare 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 solicitant

***OPIS documentatie înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor, partea a 3-a:***

* cererea de înființare a cabinetului, semnată de titular / administrator / reprezentant legal;
* copia autorizației sanitare de funcționare;
* listă cu dotarea minimă necesară funcționării cabinetului, în concordanță cu serviciile furnizate, conform anexei nr.2 la Ordinul nr.1992/2023, actualizat, asumată prin semnătura titularului/reprezentantului legal;
* copie de pe 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, 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;
* dovada deţinerii legale a spaţiului în care urmează să funcţioneze cabinetul (contract de vânzare/cumpărare, închiriere, comodat);
* ***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*);
* lista personalului din cadrul cabinetului autorizat pentru practica serviciilor publice conexe actului medical, asumată prin semnătura titularului/reprezentantului legal;
* listă de servicii furnizate în cadrul cabinetului asumată prin semnătura reprezentantui legal;
* *pentru cabinete medicale grupate/asociate*: convenția de grupare / asociere
* *pentru societatea civilă de practică*: statutul societății civile de practică și contractul de societate civilă
* *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

- hotărârea statutară a organelor de conducere privind înființarea cabinetului/cabinetelor medicale

conexe actului medical