***Cerere suspendare activitate cabinet conex actului medical***

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ARAD

Subsemnatul/a ....................................................................., CNP ....................................................., telefon ......................................................., adresă e\_mail ............................................................................., în calitate de: titular/coordonator asociație/administrator /reprezentant legal / împuternicit al cabinetului conex actului medical cu denumirea ……………….……………………………………………………, cu forma de organizare:

○ cabinet de practică individual,

○ cabinete de practică grupate,

○ cabinete de practică asociate,

○ societate civilă de practică pentru servicii conexe actului medical,

○ SRL

* asociații /fundații

 cu *sediul* în localitatea ………………………………, str………………………………………………...., nr……….. , bl. …....., ap…….., sc ……….., et ……...., și *punct de lucru* în localitatea ……………………………., str………………………………………………...., nr……….. , bl. …....., ap…….., sc ……….., et ……...., înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea a 3-a, cu numărul de identificare ……………………….… la data ……………………………..….., solicit suspendarea activității cabinetului conex actului medical, începând cu data de ………………………….…………....., pentru o perioadă de 12 luni.

Anexez prezentei următoarele documente:

1. copie act identitate medic titular / asociat / administrator / reprezentant legal
2. copie buletin imputernicit, dacă este cazul
3. împuternicire notarială, dacă este cazul
4. certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale + certificat anexa + certificate punct de lucru, dupa caz , ***în copie***
5. autorizația sanitară de funcționare, ***în copie.***

**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 suspendarea 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 suspendării activității cabinetului medical 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 Semnătura solicitantului