*CERERE de autorizare a furnizorilor privaţi de servicii de asistenţă medicală de urgenţă prespitalicească şi de transport medical asistat şi transport sanitar neasistat, a serviciilor de ambulanţă judeţene şi al municipiului Bucureşti şi a serviciilor mobile de urgenţă, reanimare şi descarcerare (SMURD)*

Către,

Direcţia de Sănătate Publică a judeţului Arad

  În atenţia dlui/dnei director executiv ............................................................................

  Subsemnatul, .........................................................................., în calitate de director/medic-şef al:

  1. Serviciului de Ambulanţă al Judeţului / Municipiului Bucureşti ............................................. ;

  2. Serviciului Mobil de Urgenţă, Reanimare şi Descarcerare (SMURD) al Judeţului/Municipiului Bucureşti ...................................................................................................................................................;

  3. Serviciului de Ambulanţă ................................................................................................, cu sediul în localitatea ........................................................................, judeţul .................................................., cu activitate pe teritoriul judeţelor .................................................................................................................,

  Vă rog să aprobaţi constituirea unei comisii în vederea autorizării funcţionării serviciului de ambulanţă/serviciului mobil de urgenţă, reanimare şi descarcerare (SMURD) sus-menţionat.

 Vă aduc la cunoştinţă că sunt de acord cu preluarea costului de deplasare şi cazare a membrilor comisiei. Totodată, declar pe propria răspundere că serviciul pe care îl conduc/coordonez/aflat în structura unităţii pe care o conduc îndeplineşte toate cerinţele în vederea autorizării şi înţeleg că, în cazul în care cerinţele de autorizare nu sunt îndeplinite, direcţia de sănătate publică poate suspenda temporar activitatea serviciului sau poate retrage autorizaţia de funcţionare.

Reprezentant legal al serviciului solicitant:

  [în cazul serviciului mobil de urgenţă, reanimare şi descarcerare (SMURD) - reprezentantul legal al spitalului responsabil de coordonarea activităţii medicale a serviciului la nivel judeţean sau al municipiului Bucureşti]

**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 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.**

Nume .......................................

Calitate ...................................

Semnătura ..................................

Data .......................................

Localitatea ................................