***Cerere înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor partea 1-a –*** *Cabinet Medical Individual / Cabinete Medicale Grupate / Cabinete Medicale Asociate / Societate Civilă Medicală*

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ARAD

Subsemnatul/a ....................................................................................................................................... medic specialist / primar în specialitatea ....................................................................................................... .............................................................................., cod parafă .........................................................., telefon ..............................................................., adresă e\_mail ................................................................... .................................................................., în calitate de medic titular / coordonator asociere/grupare, prin prezenta vă rog a-mi aproba înregistrarea în ***Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea 1-a,*** a cabinetului medical cu:

* denumirea.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
* formă de organizare : ○ cabinet medical individual,

○ cabinete medicale grupate,

○ cabinete medicale asociate,

○ societate civilă medicală

* adresa:
* *sediu*: județ ................................, loc. ...............................................................................................,

str. ........................................................................................., nr. ..........., bl. .........., ap. .........., sc. ..........., et. ............, telefon .........................................., email ..................................................

- *punct de lucru:* județ ............................, loc. ..............................................................................., str. ............................................................................................., nr. .............., bl. .........., ap. ........., sc. .........., et. ........., telefon ............................................, email .....................................................

- specialitate cabinet .................................................................................................................................

*Menționez următoarele*:

- în cadrul cabinetului medical lucrează: .................. medici și ................ asistenți medicali

- orarul cabinetului:

- nr.telefon și adresă 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 Semnătura și parafa

***OPIS documentatie înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor, partea 1-a:***

* cererea semnată de medicul titular / coordonator asociere/grupare
* certificatul de membru și avizul anual a medicului titular / asociaților, eliberat de Colegiul Medicilor / Colegiul Medicilor Stomatologi
* adeverință cod parafă pentru medicii care lucrează în cadrul cabinetului medical
* dovada deţinerii legale a spaţiului în care urmează să funcţioneze cabinetul medical (contract de vânzare/cumpărare, închiriere, comodat, concesiune)
* certificatul de avizare al cabinetului eliberat de Colegiul Medicilor / Colegiul Medicilor Stomatologi
* dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale, în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități (autorizația sanitară de funcționare)
* listă de servicii medicale furnizate în cadrul cabinetului medical, asumată prin semnătura medicului titular
* *pentru cabinete medicale grupate/asociate*: contractul de grupare / asociere a cabinetelor medicale
* *pentru societatea civilă medicală*: actul constitutiv și statutul Societății civile medicale