***Cerere înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor partea a 2-a --- SRL / Asociații / Fundații***

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ARAD

Subsemnatul/a ....................................................................................................................................... medic specialist / primar în specialitatea ................................................................................................, cod parafă ........................................., telefon ....................................................................., adresă e\_mail ......................................................................................., în calitate de administrator / reprezentant legal, prin prezenta vă rog a-mi aproba înregistrarea în ***Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea a 2-a,*** a unității medicale cu:

* denumirea........................................................................................................................
* formă de organizare : ○ SRL○ fundație / asociație
* 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 ..........................................................................................................

- activități / specialități autorizate ( enumerare ) .......................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... - număr cabinete .................................................................................

*Menționez următoarele*:

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

- orarul cabinetului:

- 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 Semnătura reprezentant legal

***OPIS documentatie înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor, partea a 2-a:***

* cererea semnată de administrator / reprezentant legal unitate medicală
* certificatul de membru și avizul anual, pentru medicii care lucrează în cadrul unității medicale, eliberat de Colegiul Medicilor / Colegiul Medicilor Stomatologi
* adeverință cod parafă pentru medicii care lucrează în cadrul unității medicale
* dovada deţinerii legale a spaţiului în care urmează să funcţioneze unitatea medicală (contract de vânzare/cumpărare, închiriere, comodat, concesiune)
* certificatul de avizare al unității medicale eliberat de Colegiul Medicilor / Colegiul Medicilor Stomatologi
* autorizația sanitară de funcționare a unității medicale
* listă de servicii medicale furnizate în cadrul unității medicale (pe fiecare specialitate în
* *pentru SRL*:

- actul constitutiv al societății comerciale care să ateste că administratorul societăţii comerciale sau cel puţin o treime din numărul membrilor consiliului de administraţie sunt medici

- certificatul de înregistrare de la Registrul Comerțului

- certificat constatator de la Registrul Comerțului

- *pentru asociatii și fundații:*

- actul constitutiv, statutul, cu precizarea serviciilor medicale

- hotărâre judecătorească de înființare

- hotărârea statutară a organelor de conducere privind înființarea

unuia sau mai multor cabinete medicale