***Cerere modificare 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 / medic asociat a cabinetului medical:

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

 ○ cabinete medicale asociate, ○ societate civilă medicală

* adresa:
* *sediu*: loc. ......................................................, str. ..................................................................., nr. ..................., bl. ..............., ap. ................, sc. ................, et. ...................
* *punct de lucru:* loc. ............................................, str. ............................................................ ..................................., nr. ..............., bl. ..........., ap. ........., sc. ............, et. ......

- înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea 1-a, cu numărul de identificare *.............................................. / .....................................................................*

Solicit aprobarea următoarelor ***modificări*** în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale**:**

* schimbarea denumirii cabinetului medical ...........................................................................................,
* schimbarea numelui medicului titular .................................................................................................,
* mutarea *sediului* la adresa:

loc. ..............................................., str.................................................................................................., nr..........., bl ............, sc. ..........., ap. ..........., et. ............

* înființarea *punctului de lucru* la adresa:

 loc ..................................................., str ..........................................................................................,

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

* mutarea *punctului de lucru* la adresa:

 loc. ..........................................................., str ...................................................................................,

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

* altă modificare .......................................................................................................................................

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

*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 eliberării 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 modificare 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
* documente care atestă modificările survenite
* certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale și certificatul-anexă, după caz, obținute anterior **(original)**