***Cerere modificare 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 a unității medicale :

* 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. ...........

- număr înmatriculare Registrul Comerțului J ..................... / ............... / ......................................................

 - cod unic de înregistrare ................................................................................................................................

- înregistrată în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea a 2-a, cu numărul de identificare *................................................... / ...........................................................................................*

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

* schimbarea denumirii unității medicale ........................................................................................................
* schimbarea administratorului .........................................................................................................................
* mutarea sediului social la adresa: județ ........................................................., 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 ......
* completarea / restrângerea activităților medicale autorizate și/sau a numărului de cabinete (enumerare)...................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................

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

* 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 Semnătură reprezentant legal

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

* cererea semnată de administratorul / reprezentantul legal al unității medicale
* 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 cabinetul medical (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 parte), asumată prin semnatura reprezentantului medical
* *pentru SRL*: - actul constitutiv al societății comerciale

 - 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

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