***Cerere radiere cabinet medical***

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ARAD

Subsemnatul/a .................................................................................................................................... medic specialist / primar în specialitatea ......................................................................................................, cod parafă ..............................................., telefon .................................................................................., adresă e\_mail ............................................................................................, în calitate de: medic titular / asociat / administrator / reprezentant legal / împuternicit al cabinetului medical cu denumirea ……………….………………………………………………………...……………………………………, cu forma de organizare:

○ cabinet medical individual,

○ cabinet medical grupat,

○ cabinet medical asociat,

○ societate civilă medicală,

○ SRL

cu *sediul* în localitatea …………………………………………………………………………………, str………………………………………………...., nr……….. , bl. …....., ap…….., sc ……….., et ……...., și *punct de lucru* în localitatea ……………………………………………………………………………., str………………………………………………...., nr……….. , bl. …....., ap…….., sc ……….., et ……...., înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale cu numărul de identificare ……………………….… la data de ……………………………..….., solicit radierea cabinetului medical, începând cu data de ……………………………………..……..

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. copie act identitate medic titular / asociat / administrator / reprezentant legal
2. împuternicire notarială și copie buletin împuternicit, dacă este cazul
3. copie certificat de deces titular cabinet medical, după caz
4. certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale + certificate anexa, dupa caz , ***în***

***original***

1. autorizația sanitară de funcționare, ***în original***
2. copie document care dovedește predarea praxisului, după caz.

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

**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 soluționării cererii de radiere 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 solicitantului