***Cerere suspendare activitate 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 județul ………………………………, localitatea ……………………………………………, str ……………………………………………….…………...………..., nr……….., bl. …....., ap…….., sc ……., et .... , și *punct de lucru* în județul ……………………, localitatea ………………………………, str ……………………………………………….…………...……………….…..., nr……….., bl. …....., ap…….., sc ……., et ......., înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale cu număr de identificare ……………………….. la data de ……………………….….. , solicit suspendarea activității cabinetului medical începând cu data de ………………………….…..., pentru o perioadă de ……………….…. ani.

Anexez prezentei următoarele documente:

1. copie act identitate medic titular / asociat / administrator / reprezentant legal
2. copie buletin imputernicit, dacă este cazul
3. împuternicire notarială, dacă este cazul
4. certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale + certificate anexa, dupa caz , ***în copie***
5. autorizația sanitară de funcționare, ***în copie.***

**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 suspendarea 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 suspendării activității cabinetului medical 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