***Cerere înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor partea a 3-a- servicii publice conexe actului medical –***

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ARAD

Subsemnatul/a .................................................................................................................................. , CNP ...................................................................... telefon ...................................................................., adresă e\_mail .............................................................................................., în calitate de titular / coordonator asociație / administrator / reprezentant legal, autorizat să practice profesia de ........................................................................................................................................................................,

prin prezenta vă rog a-mi aproba înregistarea în ***Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, partea a 3-a***, a cabinetului / societății pentru servicii publice conexe actului medical cu:

* denumirea.....................................................................................................................................................
* formă de organizare :

○ cabinet de practică individual,

○ cabinete de practică grupate

○ cabinete de practică asociate

○ societate civilă de practică

○ SRL

○ asociație/fundație

* 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 conexe actului medical autorizate (enumerare).............................................................................

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

*Menționez următoarele*:

- personal de specialitate în cadrul cabinetului medical .................. (număr persoane).

- orarul cabinetului:

- nr.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 Semnătură solicitant

***OPIS documentatie înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor, partea a 3-a:***

* cererea semnată de titular / administrator / reprezentant legal;
* copia autorizației sanitare de funcționare;
* dovada existenţei dotării minime necesare funcţionării cabinetului, conform anexei nr.2 la Ordinul MS nr.1992/2023 (declarație-model anexat);
* copia autorizației de liberă practică eliberată de direcția de sănătate publică județeană sau, după caz, de organizația profesională legal constituită, competentă în emiterea documentelor care atestă pregătirea profesională și dreptul de liberă practică a membrilor organizației, conform reglementărilor legale, pentru personalul de specialitate din cadrul cabinetului;
* dovada deţinerii legale a spaţiului în care urmează să funcţioneze cabinetul (contract de vânzare/cumpărare, închiriere, comodat);
* avizul organizației profesionale teritoriale, după caz;
* listă de servicii furnizate în cadrul cabinetului asumată prin semnătura reprezentantui legal;
* *pentru cabinete medicale grupate/asociate*: convenție de grupare / asociere
* *pentru societatea civilă de practică*: statutul societății civile de practică
* *pentru SRL*:

- actul constitutiv:

- cu includerea ca obiect de activitate furnizarea serviciilor conexe actului medical

- administratorul societăţii sau reprezentantul legal al persoanei juridice ori cel puţin o

tremie din numărul membrilor consiliului de administraţie/membrilor fondatori să fie

prestatori ai activităţii conexe actului medical

- certificatul de înregistrare la Registrul Comerțului,

- certificat constatator la Registrul Comerțului

*- pentru asociatii și fundații:*

- actul constitutiv/statutul, cu precizarea furnizării serviciilor conexe actului medical

- hotărâre judecătorească de înființare

- hotărârea statutară a organelor de conducere privind înființarea unuia sau mai multor

cabinete medicale

* dovada deținerii a cel puțin unui profesionist autorizat ptr furnizarea serviciilor conexe

actului medical în cadrul organizației

*Declarație pe proprie răspundere privind dotarea cabinetului,*

în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023

Subsemnatul (a) …………………………………………………………………………….. în calitate de titular / reprezentant legal / administrator al ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………. ,

cu sediul în localitatea …………………………………, str. ………………………………………..……, nr. ……, bl. …….., sc. ……, ap……, jud. ………………. și punct de lucru în loc. ………….………….,

str. …………………………………………., nr. ..…, bl. …….., sc. ……, ap……, jud. ……………… .

declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr.1992/2023, pentru următoarele servicii publice conexe actului medical:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………… .

Data

Semnătură titular /reprezentant legal/administrator