



MINISTERUL SĂNĂȚII
Direcția de Sănătate Publică
Județul NEAMȚ
Compartiment Avize, Autorizări

Nr. _____/Data _____

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) Dr. _____ domiciliat(ă) în _____
str. _____, nr. _____ bl. _____, sc. _____ ap. _____ sector
_____ telefon _____

e-mail _____ cu specialitatea _____ compe-
tențe _____ supraspecializări _____

codul de parafă _____, solicit a-mi aproba înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale
partea a-I-a a: Cabinetului medical individual

_____, str. _____ nr. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____, cabinet _____ sector _____, telefon _____ fax
_____ cu suprafața _____ mp.

Punct de lucru: str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____, Cabinet
nr. _____ sector _____, telefon _____, cu suprafața _____ mp.

Menționez că, în cadrul unității medicale isi desfasoara activitatea urmatorul personal:

Nume si prenume	Funcția	Specialitatea	C.N.P.	Forma de colaborare	Nr. ore

Contratură medic _____

Anexez alăturat:

- 1. Certificatul de membru eliberat de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea, competențele, supraspecializările medicului - copie
- 2. Certificatul de avizare a cabinetului medical individual eliberat de Colegiul Medicilor Neamt/ Colegiul Medicilor Dentiști Neamt in care sa fie mentionate toate specialitatile, competentele – ORIGINAL + copie
- 3. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități, competențe, supraspecializări (Autorizație sanitară de funcționarea eliberată conform prevederilor art.9 din O.M.S. nr. 1030 /2009 cu modificările și completările ulterioare) - copie
- 4. Dovada de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) pe numele medicului – copie
- 5. Schița cabinetului - copie
- 6. Declarație pe proprie răspundere privind dotarea cabinetului în conformitate cu prevederile O. M. S. nr. 153/2003 (pentru cabinetele de medicină muncii O.M.S. nr. 240/2004)
- 7. Adverinta cod parafa – copie
- 8. Contract intretinere si service aparatura medicala sau, dupa caz, copii dupa certificatele de garantie – copie
- 9. Contract evacuare deseuri - copie
- 10. Cod fiscal – copie.

Data:

Semnătura și parafa:

Notă : Se vor face raportări statistice către Direcția de Sănătate Publică Neamț, în funcție de specificul activității desfășurate în cabinet și în conformitate cu Ordinul Comun al M.S. nr. 668/1999 și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/1999.