DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul Dr. _____ cu specialitatea _____avînd cod parafă _____, medic titular al cabinetului medical individual

_____

_____

cu specialitatea _____

_____

înfiinţat la data de zi _____lună _____an _____cu sediul în : judeţ Iaşi localitatea _____, Str. _____nr. ___bl. ___ sc.___ap.__ tel._____ solicit înregistrarea cabinetului în **Registrul Unic al Cabinetelor Medicale.**

Date contact ale reprezentantului legal al unitatii : TELEFON _____ ADRESA EMAIL _____

Spaţiul unde funcţionează cabinetul este obţinut prin (prin subliniere):

1 - contract de vînzare - cumpărare;

2 - contract de închiriere;

3 - alte forme (specificare) _____.

Anexez la prezenta cerere copii după următoarele:

- Copie după Certificatul de Membru al CJM a medicului titular şi a medicilor salariaţi sau colaboratori (dar numai de aceeaşi specialitate ca şi cea a medicului titular);
- Copie dupa ordinul de confirmare în specialitate/primariat;
- Copie dovada deţinerii legale a spaţiului în care funcţionează cabinetul (dacă contractul de închiriere nu este vizat de Direcţia de Finanţe se adaugă la contract şi copie după actul de deţinere a spaţiului proprietarului) ;
- Avizul Colegiului Judeţean Medicilor / Dentiştilor în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 153/2003 (actualizat).
- - Dovada îndeplinirii condiţiilor minime de spaţiu şi circuite funcţionale în concordanţă cu serviciile medicale furnizate pe specialităţi (Autorizaţie sanitară de funcţionare).

Data

Semnătura,

DOMNULUI DIRECTOR AL DIRCŢIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ IAŞI