

## **DOAMNĂ DIRECTOR,**

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_ cu  
specialitatea \_\_\_\_\_, titular/ă al/a cabinetului  
individual de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical

\_\_\_\_\_,  
înființat la data de zi \_\_\_\_\_ lună \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_, cu sediul în: județul Iași,  
localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_\_\_, ap. \_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, solicit înregistrarea  
cabinetului în **Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – Partea a 3-a.**

Date contact ale reprezentantului legal al unității: TELEFON \_\_\_\_\_  
ADRESA EMAIL \_\_\_\_\_

Anexez la prezenta cerere următoarele:

- Copie de pe autorizația sanitară de funcționare conform anexei nr. 2 la Ordinului MS nr. 1992/2023(cu modificările ulterioare);

- Lista cu dotarea minimă necesară funcționării cabinetului, în concordanță cu serviciile furnizate, conform anexei nr. 2 la Ordinului MS nr. 1992/2023((cu modificările ulterioare);

- Copie de pe autorizația de liberă practică sau, după caz, copie de pe atestatul de liberă practică pentru persoanele care furnizează servicii publice conexe actului medical în cadrul cabinetului, eliberată/eliberat:

(I) de direcția de sănătate publică județeană sau a municipiului București; sau

(II) de organizația profesională legal constituită cu competență în emiterea documentelor care atestă pregătirea profesională și dreptul de liberă practică pentru membrii organizației;

- Copie după Avizul anual pentru autorizarea exercitării profesiei conform specialității obținute în urma studiilor;

- Dovada deținerii spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul (dacă contractul de închiriere nu este vizat de Direcția de Finanțe se adaugă la contract și copie după actul de deținere a spațiului proprietarului);

- Copie Certificat de Înregistrare fiscală

- Avizul Organizației profesionale din care face conform profesiei, în conformitate cu prevederile Ordonanței de Urgență nr. 25/2023, respectiv a Ordinului MS nr. 1992/2023 cu modificarile ulterioare);

- Lista personalului din cadrul cabinetului autorizat pentru practica serviciilor publice conexe actului medical.

- Declarația de consimțământ cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Data

Semnătura,

**DOAMNEI DIRECTOR AL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A  
JUDEȚULUI IAȘI**