

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul/a, _____ parafă
profesională _____ delegat/ă al *Societății Comerciale de practică
independentă a profesiei de asistent medical

cu următoarele activități _____
cu sediul în: județul Iași, localitatea _____,
str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, telefon
_____, solicit înregistrarea cabinetului în

Registrul Județean al cabinetelor de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical.

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

Anexez la prezenta cerere următoarele:

-Certificatul de membru al OAMGMAMR a titularului însoțit de avizul anual pentru titularul cabinetului și personalului medical angajat sau cu contract de colaborare;

-Dovada deținerii legale a spațiului în care funcționează 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);

-Dovada dotării minime necesare funcționării cabinetului conform Ordin MS 1454/2014 cu modificările ulterioare (Ord.553/2017 și Ord, 2341/2022);

-Autorizația Sanitară de Funcționare;

-Avizul OAMGMAMR (conform specialității), în conformitate cu prevederile Ordin MS 1454/2014 cu modificările ulterioare (Anexa nr. 9 la Norme);

-Actele constitutive ale societății;

-Certificat de înregistrare de la Registrul Comerțului;

-Dovada din care să reiasă că societatea are ca *unic obiect de activitate furnizarea de servicii de îngrijiri medicale*;

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

-Parafa profesională;

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

-Documentele vor fi prezentate în original și copie (în vederea verificării conformității).

-Documente justificative care să ateste că administratorul societății comerciale sau cel puțin 1/3 din numărul membrilor consiliului de administrație sunt asistenți medicali generaliști/ moașe/asistenți medicali.

Documentele vor fi prezentate în original și copie (în vederea verificării conformității).

**Denumirea cabinetului va fi conf. Art.17 a Ord.1454/2014*

Data

Semnătura,

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

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul/a, _____ cu
specialitatea _____, cu parafa profesională,
_____ titular/ă al/a **Cabinetului de practică independentă a
profesiei de asistent medical* _____
cu sediul în: județul Iași, localitatea _____,
str. _____, nr. ____, bl. ____, sc. ____, ap. ____,
tel. _____, solicit înregistrarea cabinetului în
**Registrul Județean al cabinetelor de practică independentă a profesiei de
asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical.**

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

Anexez la prezenta cerere următoarele:

-Certificatul de membru al OAMGMAMR a titularului însoțit de avizul
anual pentru titularul cabinetului și personalului medical angajat sau cu contract
de colaborare;

-Dovada deținerii legale a spațiului în care funcționează 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);

-Dovada dotării minime necesare funcționării cabinetului conform Ordin
MS 1454/2014 cu modificările ulterioare (Ord.553/2017 și Ord. 2341/2022);

-Autorizația Sanitară de Funcționare;

-Avizul OAMGMAMR (conform specialității), în conformitate cu
prevederile Ordin MS 1454/2014 cu modificările ulterioare (Anexa nr. 9 la
Norme)

-Codul de înregistrare fiscală;

-Parafa profesională;

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

-Documentele vor fi prezentate în original și copie (în vederea verificării
conformității)

- *Denumirea cabinetului va fi conf. Art.17 a Ord.1454/2014*

Data

Semnătura,

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