

CERERE DE AVIZARE
pentru modificari in cadrul unui CMI sau societati civile medicale

DOMNULE PREȘEDINTE

Subsemnatul(a) Dr. _____, domiciliat(ă) în _____
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____ sector _____
telefon _____, e-mail _____ cu specialitatea _____,
competențe _____ codul de parafă _____, solicit a-mi aproba :

- Schimbarea sediului/punctului de lucru la adresa Str _____ nr. _____ Bl. _____
Sc _____ Et. _____ Ap _____ Cabinet _____, Loc _____ judetul _____
- Schimbarea numelui: _____
- Completare: specialități _____ competențe medicale _____

a CMI _____, înscris în Registrul Unic la data de _____
cu numărul de înregistrare _____.

Menționez că în cadrul unității medicale lucrează _____ medici.

Contratură medic _____

Pentru obtinerea avizului declar pe propria raspundere ca dețin dotarea minimă obligatorie conform prevederilor legale, pentru fiecare specialitate medicală, conform tabelului atașat la prezenta.

Data:

Semnătura și parafa:

La prezenta atașez următoarele documente în vederea obținerii avizului colegiului medicilor:

1. dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul/cabinetele medicale și schita spațiului;
2. schita spațiului
3. fișele de atribuții ale posturilor pentru medici angajați/colaboratori
4. copii ale certificatelor de membru CMR și avizele de liberă practică pentru personalul medical de specialitate angajat/colaborator/asociat
5. programul de lucru al cabinetelor medicale, aprobat de conducerea unității,
6. lista de servicii medicale furnizate,
7. dacă spațiul respectiv se afla într-o locație unde locuiesc sau își desfășoară activitatea alte persoane fizice sau juridice este necesar acordul scris al colocationarilor (acordul scris al Asociației de proprietari, al conducerii întreprinderii, etc.) – în copie;
8. un exemplar al actului constitutiv și al statutului societății civile medicale;
9. declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al unității că va solicita aviz conform ori de câte ori au loc modificări ale listei de servicii medicale furnizate sau ale listei de personal medical de specialitate angajat cu contract individual de muncă ori în altă formă în conformitate cu prevederile Ordinului 895/2019
10. - taxa de avizare a celei de-a doua specialități în cadrul sediului/punctului de lucru, precum și a următoarelor specialități- 500 lei/specialitate avizată.
- pentru mutarea sediului social sau a punctului de lucru, dacă nu se modifică specialitățile deja avizate, nu se percepe o taxă suplimentară
- nu se percepe taxa de avizare pentru înlocuirea administratorului unei societăți sau înlocuirea medicilor care își desfășoară activitatea în cadrul unei specialități deja avizate.

1. Prezenta cerere se înregistrează la secretariat numai împreună cu toate actele anexate.

2. Documentele depuse în copie vor fi certificate "conform cu originalul" de către medicul reprezentant legal/administrator.

3. Cererea de înființare a cabinetului/cabinetelor medicale va fi completată și semnată de medicul reprezentant legal/administrator.

DECLARAȚIE

Subsemnatul _____ reprezentant legal al unității
_____ declar pe propria răspundere, cunoscând
prevederile art. 326 Codul Penal, privind falsul în declarații, că voi solicita aviz conform ori de câte ori
au loc modificări ale listei de servicii medicale furnizate sau ale listei de personal medical de specialitate
angajat cu contract individual de muncă ori în altă formă conformă cu prevederile Ordinului nr.
895/2019 privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și,
respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private.

De asemenea ma oblig sa respect independenta profesionala a medicilor si sa angajez numai
personal medico-sanitar autorizat.

Data,

Semnătura,

DOMNULUI PREȘEDINTE AL COLEGIULUI MEDICILOR VALCEA