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

DOMNULE PREŞEDINTE

Subsemnatul(a) Dr._____,domiciliat(ă) în _____ str._____,nr.___, bl._____, sc.__ ap._____sector_____ telefon_____,e-mail _____cu specialitatea_____, competenţe_____ 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: specialităţi _____competenţe medicale _____ _____,

a CMI _____, înscris în Registrul Unic la data de _____cu numărul de înregistrare_____.

Menţionez că în cadrul unităţii medicale lucrează_____ medici.

Contratură medic _____

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

Data: **Semnătura şi parafa:**

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

1. dovada deţinerii legale a spaţiului în care urmează să funcţioneze cabinetul/cabinetele medicale și schita spatiului;
2. schita spatiului
3. fişele de atribuţii ale posturilor pentru medici angajati/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 unităţii,
6. lista de servicii medicale furnizate,
7. daca spatiul respectiv se afla intr-o locatie unde locuiesc sau isi desfasoara activitatea alte persoane fizice sau juridice este necesar acordul scris al colocatarilor (acordul scris al Asociatiei de proprietari, al conducerii intreprinderii, etc.) – in copie;
8. un exemplar al actului constitutiv și al statutului societăţi civile medicale;
9. declaratia pe propria raspundere 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 Ordinul 895/2019
10. - taxa de avizare a celei de-a doua specialitati in cadrul sediului/punctului de lucru, precum si a urmatoarelor specialitati- 1000 lei/specialitate avizata.
    - pentru mutarea sediului social sau a punctului de lucru, daca nu se modifica specialitatile deja avizate, nu se percepe o taxa suplimentara
    - nu se percepe taxa de avizare pentru inlocuirea administratorului unei societati sau inlocuirea medicilor care isi desfasoara activitatea in cadrul unei specialitati 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 completata si semnată de medicul reprezentant legal/administrator.

DECLARAȚIE

Subsemnatul _____ reprezentant legal al unității _____ declar pe propria raspundere, cunoscând prevederile art. 326 Codul Penal, privind falsul în declaraţii, 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 condiţiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog şi, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităţilor sanitare publice şi 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