

## CERERE DE AVIZARE

Pentru înregistrarea unităților medico-sanitare înființate potrivit Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările ulterioare, și a cabinetelor din structura organizațiilor prevăzute la art. 16\* din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998, republicată

### DOMNULE PREȘEDINTE

S.C. \_\_\_\_\_ cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_, bloc \_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ cu nr. de înmatriculare de la Registrul Comerțului J \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cod fiscal \_\_\_\_\_,

Societatea este administrată de d-nul/d-na doctor: \_\_\_\_\_ cu specialitatea \_\_\_\_\_

Societatea înregistrată în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale cu nr. \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ vă solicita avizul pentru:

- schimbarea sediului la adresa \_\_\_\_\_
- schimbarea numelui/formei de organizare în \_\_\_\_\_
- schimbarea punctului de lucru de la adresa \_\_\_\_\_
- completarea/modifierea specialităților, competențelor medicale, supraspecializărilor conform tabelului de mai jos.
- schimbării administratorului \_\_\_\_\_

Societatea va furniza servicii medicale în specialitățile:

Specialități medicale	Medici	Nr cabinete

Competente:

La sediul social /punctul de lucru: \_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere ca dețin dotarea minimă obligatorie conform prevederilor legale, pentru fiecare specialitate medicală, conform tabelului atașat la prezenta.

**Data:**

**Semnătura și ștampila unității:**

**La prezenta atașez următoarele documente, în funcție de modificarea solicitată, în vederea obținerii avizului colegiului medicilor:**

1. certificatul de înregistrare la registrul comerțului,
2. actul constitutiv al societății/ statutului societății
3. hotărârea statutară a organului de conducere privind înființarea unuia sau mai multor cabinete medicale, pentru organizațiile și instituțiile prevăzute la art. 16 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998, republicată;
4. hotărârea judecătorească de la Registrul Comerțului privind înființarea punctului de lucru.
5. dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul/cabinetele medicale
6. schita spațiului
7. regulamentul de organizare și funcționare;
8. fișele de atribuții ale posturilor medicilor angajați/colaboratori
9. certificatelor de membru CMR și avizele de liberă practică pentru personalul medical de specialitate angajat/colaborator
10. programul de lucru al cabinetelor medicale, aprobat de conducerea unității,
11. lista de servicii medicale furnizate,
12. Diploma de medic pentru administratorul sau 1/3 din membrii consiliului de administrație al unității medicale, doar dacă acesta nu este membru al CMR.
13. Dacă spațiul respectiv se afla într-o locație unde locuiesc sau își desfășoară activitatea alte persoane fizice sau juridice este necesar acordul scris al colocatarilor (acordul scris al Asociației de proprietari, al conducerii întreprinderii, etc.) – în copie;
14. 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.
15. - 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. Prezentarea cererii 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.*

*4. Cererea și documentele anexate se depun personal de medicul reprezentant legal/administrator sau prin împuternicit cu procură specială.*

---

## **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 mă oblig să respect independența profesională a medicilor și să angajez numai personal medico-sanitar autorizat.

Data,

Semnătura,

**DOMNULUI PREȘEDINTE AL COLEGIULUI MEDICILOR VALCEA**