

CERERE DE AVIZARE

DOMNUL 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 _____, judetul _____
- Înființarea punctului secundar la adresa Str _____ nr. _____ Bl. _____ Sc _____
Et. _____ Ap _____ Cabinet _____, 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 avizul colegiului medicilor:

1. un exemplar al actului constitutiv și al statutului societății civile medicale;
2. dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul/cabinetele medicale și schita spațiului;
3. schita spațiului
4. fișele de atribuții ale posturilor pentru medici
5. copii ale certificatelor de membru CMR și avizele de liberă practică pentru personalul medical de specialitate angajat/colaborator/asociat
6. programul de lucru al cabinetelor medicale, aprobat de conducerea unității,
7. lista de servicii medicale furnizate,
8. declaratia pe propria răspundere că sunt/nu mai sunt unic asociat al altui cabinet medical, obligatorie pentru medicul titular de cabinet medical in specialitatea medicina de familie;
9. daca spatiul respectiv se afla intr-o locatie unde locuiesc sau isi desfasoara activitatea alte persoane fizice sau juridice este necesar acordul scris al colocationarilor (acordul scris al Asociatiei de proprietari, al conducerii intreprinderii, etc.) – in copie;
10. 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
11. Taxa avizare 100 euro la cota BNRa zilei in care se face plata, pentru prima specialitate avizata si cate 50 euro, pentru fiecare alta specialitate

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 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