

DOMNUL DIRECTOR

Subsemnatul/a _____, reprezentant legal al _____, cu sediul în _____, tel. _____, fax _____, e-mail _____, având în vedere prevederile O.M.S. nr. 1945/09.06.2023, vă rog a aproba autorizarea unității de asistență medicală _____ pentru aprobarea condițiilor de autorizare a unităților sanitare, publice sau private, pentru examinarea ambulatorie a persoanelor fizice în vederea procurării, deținerii, portului și folosirii armelor și munițiilor supuse autorizării și a listei afecțiunilor medicale incompatibile cu calitatea persoanelor de a procura, deține sau, după caz, de a purta ori folosi arme letale sau neletale supuse autorizării, pentru următoarele specialități:

- a) medicină internă
- b) oftalmologie
- c) ORL
- d) neurologie
- e) psihiatrie
- f) ortopedie-traumatologie

Anexez următoarele acte:

a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform legislației în vigoare;

b) copia documentului de deținere legală a spațiului;

c) dovada deținerii de către unitatea sanitară a asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

d) copii de pe contractele individuale de muncă sau, după caz, după contractele de prestări servicii, încheiate între unitatea sanitară și personalul medico-sanitar, pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;

e) dovada dreptului de liberă practică emisă de organizația profesională pentru fiecare angajat medico-sanitar, din cadrul cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea;

f) dovada dotării minime obligatorii a cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea, conform anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 153/2003, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare;

g) dovada garanției, întreținerii și verificării tehnice periodice, după caz, a aparatului cabinetului/cabinetelor din dotarea prevăzută la lit. f).

Mă oblig, în scris, să comunic Direcției de Sănătate Publică Neamț în termen de 5 zile lucrătoare, orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora unitatea a fost autorizată.

DATA

Numele în clar

Semnătura și ștampila