



# MINISTERUL SĂNĂȚII

Direcția de Sănătate Publică

Județul NEAMȚ

Compartiment Avize, Autorizări

Nr. \_\_\_\_\_/Data \_\_\_\_\_

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_ tele-  
fon \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ **solicit a-mi aproba eliber-**  
**area Certificatului anexa a \_\_\_\_\_:**

Schimbarea sediului: la adresa Str \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc \_\_\_\_\_ Et. \_\_\_\_\_ Ap \_\_\_\_\_  
Cabinet \_\_\_\_\_, Sector \_\_\_\_\_ cu suprafața de \_\_\_\_\_

Înființarea sediului /secundar la adresa Str \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc \_\_\_\_\_ Et. \_\_\_\_\_ Ap \_\_\_\_\_  
Cabinet \_\_\_\_\_, Sector \_\_\_\_\_ cu suprafața de \_\_\_\_\_

Schimbarea numelui: \_\_\_\_\_

a CPI \_\_\_\_\_, înregistrat în Registrul Unic la data de \_\_\_\_\_  
cu numărul de înregistrare \_\_\_\_\_.

**Menționez că, în cadrul unității medicale isi desfasoara activitatea urmatorul personal:**

Nume si prenume	Functia	Specialitatea	C.N.P.	Forma de co-laborare	Nr. ore

**Contratură** \_\_\_\_\_

Anexez alăturat:

1. Autorizatia de Liberă Practică a titularului cabinetului - copie;
2. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități, competențe, supraspecializări (Autorizatie sanitara de functionarea eliberată conform prevederilor art.9 din O.M.S. nr. 1030 /2009 cu modificarile si completarile ulterioare) – copie
3. Dovada de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare,închiriere, concesiune, comodat) pe numele titularului – copie
4. Schița cabinetului - copie
5. Declaratie pe proprie raspundere privind dotarea cabinetului in conformitate cu prevederile O. M. S. nr. 153/2003 (pentru cabinetele de medicina muncii O.M.S. nr. 240/2004)
6. Contract intretinere si service aparatura medicala sau, dupa caz, copii dupa certificatele de garantie – copie
7. Contract evacuare deseuri - copie
8. Cod fiscal – copie
9. Documente care atestă modificările survenite

Data:

Semnătura

Notă : Se vor face raportări statistice către Directia de Sănătate Publică Neamț, în funcție de specificul activității desfășurate în cabinet și în conformitate cu Ordinul Comun al M.S. nr. 668/1999 și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/1999.