



## MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Direcția de Sănătate Publică

Județul NEAMȚ

Compartiment Avize, Autorizări

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

Doamnă/Domnule Director,

**S.C.** \_\_\_\_\_ cu sediul social în

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_ sector

\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_, cu nr. de

înmatriculare în Registrul Comerțului J40/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, cod fiscal

\_\_\_\_\_, suprafața \_\_\_\_\_ **solicită aprobarea înscrierii în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale Partea a II-a, pentru următoarele specialități medicale, competențe, activități conexe și supraspecializări declarate în anexa la prezenta cerere.**

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

Punct de lucru: \_\_\_\_\_.

Anexăm alăturat:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Certificatul de Avizare a Societății Medicale cu Personalitate Juridică - Colegiul Medicilor / Colegiul Medicilor Dentiști în care să fie menționate numărul de cabinete - original + copie   |
| <input type="checkbox"/> 2. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități, competențe, supraspecializări (Autorizație sanitară de funcționare eliberată conform prevederilor art.9 din O.M.S. nr. 1030 /2009 cu modificările și completările ulterioare) - copie                       |
| <input type="checkbox"/> 3. Certificat de Înmatriculare + cod fiscal - copie  |
| <input type="checkbox"/> 4. Certificat constatator de la Registrul Comerțului din care să reiasă punctul de lucru - copie   |
| <input type="checkbox"/> 5. Certificatele de membru eliberate de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea, competența, supraspecializarea medicului / medicilor - copii  |
| <input type="checkbox"/> 6. Tabel cu medicii specialiști și codurile lor de parafă, care lucrează în cadrul societății medicale cu personalitate juridică   |
| <input type="checkbox"/> 7. Act de deținere legală a spațiului pentru: sediul social și sediile lucrative în care funcționează unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică- copii;   |
| <input type="checkbox"/> 8. Schiță unitate - copii  |
| <input type="checkbox"/> 9. Dovada de la Registrul Comerțului din care să reiasă că societatea are obiect unic de activitate furnizarea de servicii medicale, cu sau fără activități conexe (cerere de înscriere de mențiuni și rezoluția pentru societățile comerciale înființate înaintea anului 2000 și neînscrise în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale - Partea a II-a). |
| <input type="checkbox"/> 10. Documente justificative care să ateste că administratorul societății medicale sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație sunt medici -diplomă de medic - copie.   |
| <input type="checkbox"/> 11. Adeverința cod parafă medic titular - copie  |

Bdul. Dacia, nr. 4A, Piatra-Neamț, 610019

Telefon: +0233 234 441, Fax: +0233 213 874, email: [sant@sant.ro](mailto:sant@sant.ro)

[www.sant.ro](http://www.sant.ro) [www.dspjneamt.ro](http://www.dspjneamt.ro)

- 12. Contract intretinere si service aparatura medicala sau, dupa caz, copii dupa certificatele de garantie - copie
- 13. Contract deseuri - copie
- 14. Documente ce atestă schimbările survenite la certificatul de înregistrare (și anexele acestuia) în Registrul unic al cabinetelor medicale.

15. Declaratie pe proprie raspundere privind dotarea cabinetului în conformitate cu prevederile O. M. S. nr. 153/2003 (pentru cabinetele de medicina muncii O.M.S. nr. 240/2004)

16. Contracte de muncă/prestări servicii/colaborare pentru personalul care-și desfășoară activitatea în cadrul unității. - copii

### ANEXĂ

la cererea de înregistrare a S.C.....  
privind activitățile cu caracter medical ce urmează a fi furnizate

**SPECIALITĂȚI MEDICALE**

**NR CABINETE**


**COMPETENȚE**

---



---

**ACTIVITĂȚI CONEXE**

---



---

**SUPRASPECIALIZĂRI**

---

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

Nume si pre- nume	Functia	Specialitatea	C.N.P.	Forma de colaborare	Nr. ore


**Data:**

**Semnătura și ștampila unității:**

Notă : Se vor face raportări statistice către Direcția 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.