DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NEAMŢ
Nr. ...../...../.....

CERERE

Subsemnatul (a), ..., cu domiciliul în localitatea ....., judeţul ....., str....., bl./sc./et./ap. ....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ....., eliberat(ă) de ..... la data de ....., în calitate de ..... al ....., cu sediul în ....., telefon ....., fax ....., **e-mail** …… înmatriculată la registrul comerţului sub nr. ....., având codul fiscal nr. ……. din ....., solicit **AUTORIZATIA SANITARA DE FUNCTIONARE IN BAZA REFERATULUI DE EVALUARE** pentru ***CABINET MEDICAL ÎN CADRUL ASOCIAŢIILOR ŞI FUNDAŢIILOR,*** **situat la (adresa).....,** având ca obiect de activitate: (cod CAEN) ....., structura funcţională: .....

Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

a) memoriul tehnic;

b) planul de situaţie cu încadrarea în zonă ;
c) schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate;
d) actul de înfiinţare al solicitantului (***HOTĂRÂRE JUDECĂTOREASCĂ DE ÎNFIINŢARE, STATUTUL ASOCIAŢIEI, FUNDATIEI ŞI CERTIFICAT ÎNREGISTRARE IN REGISTRUL ASOCIAŢIILOR SI FUNDAŢIILOR)***;
e) acte doveditoare privind deţinerea legală spaţiului;
f) autorizatie de constructie/notif. pentru schimbarea destinaţiei (dacă este cazul)
g) alte documente care să ateste îndeplinirea cerinţelor legale incidente domeniului:
- contract pentru deşeuri medicale
- contract garanţie/service aparatură
- listă dotare conform O.M.S. nr. 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare
- ***certificat de membru și avizul anual pentru fiecare specialitate pentru care se solicită autorizarea***

h) declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu.
i) copie chitanţa de plată a tarifului de autorizare nr. ..... din data de ....., în valoare de 500 lei. **DETALII PLATĂ :IBAN R057TREZ49120160103XXXXX deschis la Trezoreria Piatra Neamț, EXPLICAŢII - AUTORIZAŢII SANITARE ÎN BAZA REFERATULUI DE EVALUARE, COD FISCAL 2613370.**

j)copia chitanţei reprezentând taxa pentru eliberarea autorizaţiilor sanitare de funcţionare (conform art. 475 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare) eliberată de unitatea administrativ-teritorială unde se află situat obiectivul şi/sau unde se desfăşoară activităţile pentru care se solicită autorizarea.

Documentele menţionate vor fi depuse în original sau în copie cu menţiunea „conform cu originalul“ şi vor fi semnate şi ştampilate de către solicitant.

Data (completării) ..... Semnătura .....

ASOCIAŢII SI FUNDAŢII

DECLARATIE PE PROPRIE RASPUNDERE,

Subsemnatul (a), ..., cu domiciliul în localitatea ....., judeţul ....., str....., bl./sc./et./ap. ....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ....., eliberat(ă) de ..... la data de ....., în calitate de ..... al ....., cu sediul în ....., telefon ....., fax ....., înmatriculată la registrul comerţului sub nr. ....., având codul fiscal nr. ……. din ....., declar pe propria răspundere că spaţiul pentru care solicit autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu.

Data (completării) ..... **Semnătura .....**