

DOMNUL DIRECTOR

Subsemnatul/a _____, reprezentant legal al
_____, cu sediul în
_____,
tel. _____, fax _____,
e-mail _____, având în vedere
prevederile O.M.S. nr. 1159/2010, cu modificările și completările ulterioare, vă rog a aproba vizarea
Autorizației nr. ____/_____ a unității de asistență medicală
_____ pentru examinarea
ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule
sau tramvaie, pentru următoarele specialități:

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

Anexez următoarele acte (actualizate) și autorizația în original:

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 ori de organizare conform legislației în vigoare;

b) autorizația sanitară de funcționare, conform legii, sau raportul ori procesul-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare, după caz;

c) dovada deținerii unui spațiu de care unitatea dispune în mod legal;

d) dovada achitării contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

e) dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

f) dovada că unitatea are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;

g) dovada că medicii au drept de liberă practică / certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

h) pentru asistenții medicali, autorizația de liberă practică / certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

i) dovada că fiecare angajat medico-sanitar deține asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

j) dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;

k) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreținerea și verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

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