ANEXA 1

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Direcția de Sănătate Publică a Județului NEAMȚ
CUI 2613370
Compartiment Asistență Medicală și Programe Naționale de Sănătate Publică

CERERE
ÎN VEDEREA OBȚINERII AVIZULUI ANUAL
PENTRU CONTINUAREA ACTIVITĂȚII ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ
CU CASA NEAMȚ

Subsemnatul_____,
CNP._____ , medic grad primar / specialist în specialitatea

- _____
- dentist/stomatolog,
- doctor în ştiinţe/membru al Academiei,

confirmat prin O.M.S. nr._____/ _____, cod de parafă _____, încadrat(ă) la _____ cu contract individual de muncă / contract de prestări servicii (conform documentelor depuse), conform art. 391, alin. (8), coroborat cu alin.(1)-(7)* ale art. 391, şi art.492**, din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, vă rog să-mi aprobaţi eliberarea avizului necesar pentru continuarea activităţii în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Neamț.

Date de contact: telefon _____, email:_____.

Anexez cererii următoarele :

a. Cererea medicului privind eliberarea avizului anual conform modelului D.S.P.J. Neamț.
b. Copie CI/BI medic/ documente de schimbare a numelui, după caz;
c. Adeverința de salariat sau copie după contractul de muncă, sau/și contractul de prestări servicii, după caz;
d. Certificatul medical de sănătate tip A5, în care se precizează aptitudinea din punct de vedere medical (fizic, psihic şi medicina muncii) pentru exercitarea activităţii în specialitatea respectivă;
e. Certificat membru al Colegiului Medicilor Neamț/ Colegiului Medicilor Stomatologi Neamț;
f. Avizul de liberă practică în termen de valabilitate emis de organizația profesională, respectiv Colegiului Medicilor Neamț sau Colegiului Medicilor Stomatologi Neamț, după caz;
g. Declarația pe proprie răspundere privind existența/nonexistența reclamațiilor sau a sancţiunilor CAS Neamț/Colegiul Medicilor Neamț;
h. Declarația de consimțământ privind acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal;
i. Alte documente din care să reiasă că medicul care solicită avizul anual este în relație contractuală C.J.A.S. județean.

*Nota: Toate documentele anexate se certifică ,,conform cu originalul” și se ștampilează /parafează.

* Peste vârsta de 67 ani indiferent de sex în cazul medicilor/diverse specialități, peste vârsta de 70 de ani indiferent de sex în cazul medicilor doctoranzi, şi peste vârsta de 65 de ani indiferent de sex în cazul medicilor stomatologi/dentişti.

Data_____ Semnatura_____