

## DOAMNĂ/DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, reprezentant legal al \_\_\_\_\_, cu sediul în \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, având în vedere prevederile O.M.S. nr. 1159 din 31 august 2010, vă rog a aproba vizarea Autorizației 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 .....

### **Anexez următoarele acte:**

- 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 sau organizare conform legislației în vigoare;
- b) autorizația sanitară de funcționare, conform legii/raport sau proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare, după caz;
- c) dovada deținerii unui spațiu de care 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 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/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
- h) pentru asistenții medicali, autorizație de liberă practică/ certificat 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 .....