

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NEAMȚ

Nr. / /

CERERE

Subsemnatul (a),, cu domiciliul în localitatea, județul, 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 comerțului sub nr., având codul fiscal nr. din, solicit **AUTORIZATIA SANITARA DE FUNCTIONARE IN BAZA REFERATULUI DE EVALUARE pentru situat la (adresa).....**, având ca obiect de activitate: (cod CAEN), structura funcțională:

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- dosar cu șină

- a) memoriul tehnic;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă;
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
- d) actul de înființare al solicitantului (C.U.I.; ACTUL CONSTITUTIV; DOCUMENT PRIVIND FURNIZAREA DE INFORMAȚII EXTINSĂ A FIRMEI de la O.R.C. NEAMȚ);
- e) acte doveditoare privind deținerea legală spațiului (EXTRAS CARTE FUNCIONARĂ ȘI ACT PRIVIND DEȚINEREA LEGALĂ A SPAȚIULUI, ÎN CAZUL ÎN CARE SOLICITANTUL NU ESTE ACELAȘI CU PROPRIETARUL);
- f) autorizație de construcție/notif. pentru schimbarea destinației (dacă este cazul)
- g) cod fiscal
- h) alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale incidente domeniului:
 - contract pentru deșeuri medicale
 - contract garanție/service aparatură
 - listă dotare conform O.M.S. nr. 1010/2020
 - certificat de membru
- i) declarația pe propria răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.
- j) copie chitanța de plată a tarifului de autorizare nr. din data de, în valoare de 500 lei.
- k) copia chitanței reprezentând taxa pentru eliberarea autorizațiilor sanitare de funcționare (conform art. 268 alin 2 din Legea nr. 571/2003 cu modificările și completările ulterioare) eliberată de unitatea administrativ-teritorială unde se află situat obiectivul și/sau unde se desfășoară activitățile pentru care se solicită autorizarea.

Documentele menționate vor fi depuse în original sau în copie cu mențiunea „conform cu originalul“ și vor fi semnate și ștampilate de către solicitant.

Data (completării)

Semnătura

pentru activitati medicale

DECLARATIE PE PROPRIE RASPUNDERE,

Subsemnatul (a),, cu domiciliul în localitatea, județul, 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 comerțului sub nr., având codul fiscal nr. din, declar pe propria răspundere că spațiul pentru care solicit autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.

Data (completării)

Semnătura