



**MINISTERUL SANATATII**  
**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDEȚULUI NEAMȚ**  
Loc. Piatra Neamț, B-dul Dacia, nr. 4A, județul Neamț  
Tel:0233234441, fax:0233213874, e-mail:sant@sant.ro

Nr. \_\_\_\_\_ /Data \_\_\_\_\_

**Domnule Director,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă)  
în \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_  
ap. \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cu specialitatea \_\_\_\_\_,

solicit a-mi aproba înscrierea în **Registrul Județean al cabinetelor de practică independentă a profesiei de asistent medical, de moașă și de asistent medical a:**

**Cabinetului de practică independentă a profesiei**

\_\_\_\_\_, cu sediul în loc.  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,  
bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, jud. Neamț, telefon \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_, având următoarea structură

\_\_\_\_\_,  
cu suprafața de \_\_\_\_\_ mp.

**Solicit autorizarea pentru următoarele servicii de îngrijiri medicale care vor fi furnizate de cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist**

\_\_\_\_\_.  
**Punct de lucru:** loc. \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, având următoarea structură

\_\_\_\_\_,  
cu suprafața de \_\_\_\_\_ mp.



**MINISTERUL SANATATII**  
**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDEȚULUI NEAMT**  
*Loc. Piatra Neamt, B-dul Dacia, nr. 4A, judetul Neamt*  
*Tel:0233234441, fax:0233213874, e-mail:sant@sant.ro*

Menționez că, în cadrul unității medicale isi desfasoara activitatea urmatorul personal:

Nume si prenume	Funcția	Specialitatea	C.N.P.	Forma de colaborare	Nr. ore

**Anexez alăturat, conform prevederilor art. 14 din O.M.S. nr. 1454/2014 cu modificările și completările ulterioare, documentele necesare pentru eliberarea certificatului de înregistrare:**

a) lista cu serviciile de îngrijiri medicale care vor fi furnizate de cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical, după caz;

b) certificatul titularului de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România avizat la zi, în copie legalizată;

c) dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical, declarat ca și sediu al activității, în copie legalizată;

d) dovada dotării minime necesare funcționării cabinetului de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical, după caz, eliberată de direcția de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București, pe teritoriul căreia se solicită înființarea, în copie legalizată;

e) autorizația sanitară de funcționare, în copie legalizată;

f) avizul filialei Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, pe teritoriul căreia se solicită înființarea.

g) adeverință cod personal conform Anexei nr. 5, la norme, O.M.S. nr. 1454/2014, cu modificările și completările ulterioare.

**Data:**

**Semnătura:**

Notă : Se vor face raportări statistice către Direcția de Sănătate Publică a județului Neamț, în funcție de specificul activității desfășurate în cabinet și în conformitate cu O.M.S. nr. 1078/2010 cu modificările și completările ulterioare, Ordinul Comun al M.S. nr. 668/1999 și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/1999 și a Legii nr. 226/2009.