



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Direcția de Sănătate Publică
Județul NEAMȚ
Compartiment Avize, Autorizări

Nr. _____/Data _____

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) dr. _____, domiciliat(ă) în _____
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____ sector _____ tele-
fon _____, e-mail _____ cu specialitatea _____, compe-
tențe _____ supraspecializări _____ codul de parafă _____, solicit a-mi
aproba eliberarea **Certificatului anexa a CMI** _____:

- Schimbarea sediului: la adresa Str _____ nr. _____ Bl. _____ Sc _____ Et. _____ Ap _____
Cabinet _____, Sector _____ cu suprafața de _____
- Înființarea sediului /secundar la adresa Str _____ nr. _____ Bl. _____ Sc _____
Et. _____ Ap _____ Cabinet _____, Sector _____ cu suprafața de _____
- Schimbarea numelui: _____
- Schimbarea codului de parafă _____
- Completare: specialități _____ competențe medicale _____
_____, supraspecializări _____
a CMI _____, înscris în Registrul Unic la data de _____
cu numărul de înregistrare _____.

Menționez că, în cadrul unității medicale își desfășoară activitatea urmatorul personal:

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

Contratură medic _____

Anexez alăturat:

1. Certificatul de membru eliberat de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea, competențele, supraspecializările medicului - copie
2. Certificatul de avizare a cabinetului medical individual eliberat de Colegiul Medicilor Neamt/ Colegiul Medicilor Dentiști Neamt in care sa fie mentionate toate specialitatile, competentele – ORIGINAL + copie
3. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile medicale furnizate pe specialități, competențe, supraspecializări (Autorizație sanitară de funcționare eliberată conform prevederilor art.9 din O.M.S. nr. 1030 /2009 cu modificările și completările ulterioare) - copie
4. Dovada de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) pe numele medicului – copie
5. Schița cabinetului - copie
6. Declarație pe proprie răspundere privind dotarea cabinetului în conformitate cu prevederile O. M. S. nr. 153/2003 (pentru cabinetele de medicină muncii O.M.S. nr. 240/2004)
7. Adeverința cod parafa – copie
8. Contract întreținere și servicii aparatură medicală sau, după caz, copii după certificatele de garanție – copie
9. Contract evacuare deseuri - copie
10. Cod fiscal – copie
11. Documente care atestă modificările survenite - copie

Data:

Semnătura și parafa

Notă : Se vor face raportări statistice către Direcția de Sănătate Publică Neamț, în funcție de specificul activității desfășurate în cabinet și în conformitate cu Ordinul Comun al M.S. nr. 668/1999 și al Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 172/1999.

cerere eliberare certificat anexa