

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 **CABINET MEDICAL ȘCOLAR**, situat la (adresa)....., având ca obiect de activitate: (cod CAEN), structura funcțională:

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- 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 (COD FISCAL ELIBERAT DE ANAF);
- e) acte doveditoare privind deținerea legală spațiului;
- f) autorizație de construcție/notif. pentru schimbarea destinației (dacă este cazul)
- g) 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. 1456/2020 cu modificările și compl. ulterioare
 - **certificat de membru și avizul anual pentru specialitate pentru care se solicită autorizarea (medicină de familie sau stomatologie)**
- h) declarația pe propria răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.
- i) copie chitanța de plată a tarifului de autorizare nr. din data de, în valoare de 500 lei. . **DETALII PLATĂ :IBAN R057TREZ49120160103XXXXX deschis la Trezoreria Piatra Neamț, EXPLICAȚII - AUTORIZAȚII SANITARE ÎN BAZA REFERATULUI DE EVALUARE, COD FISCAL 2613370.**
- j) copia chitanței reprezentând taxa pentru eliberarea autorizațiilor sanitare de funcționare (conform art. 454, lit.d, alin 2, Legea nr. 227/2015 - Codul fiscal 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

CABINET MEDICAL ȘCOLAR

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