ANEXA 1.1

Cerere de avizare a cabinetului medical

Domnule Președinte

Subsemnatul(a),
nume ....., inițiala tatălui ....., prenume .....
cu domiciliul în str. ....., nr. ....., bl....., sc. ....., et. ....., ap. .....,
sector (județ) ....., oraș.....
tel. fix |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
e-mail .....
cu funcția .....
(*se va completa după caz)*

cu specialitatea .....
(*se va completa după caz)*

și atestat de studii complementare în
.....
(*se va completa după caz)*

vă rog să-mi aprobați eliberarea Avizului pentru cabinetul medical

☐ cabinet fără personalitate juridică ..... (*se va completa forma de organizare*)

☐ cabinet cu personalitate juridică ..... (*se va completa forma de organizare*)

cu numele
.....

în specialitatea .....

atestat de studii complementare în
.....

supraspecializări .....

Activitățile medicale se vor desfășura la următoarele sedii:
(se vor completa sediile și specialitățile/atestatele desfășurate)

în str. ....., nr. ....., bl....., sc. ....., et. ....., ap. .....,

județul ....., oraș.....,
reprezentat de mine ca medic titular /delegat/ administrator.

La prezenta anexez documentele prevăzute de :

☐ Art. 7 din prezenta Metodologie pct. A alin (1) și (2) lit. a), b), c), d), e)
(*se vor încercui prevederile aplicabile*)

☐ Art. 7 din prezenta Metodologie pct. B alin (1) și (2) lit. a), b), c), d), e)
(*se vor încercui prevederile aplicabile*)

Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplinește cerințele legale cu privire la dotarea minimă și că nu mai sunt unic asociat/titular al unui alt cabinet medical.

Declar că am primit de la Colegiul Medicilor Călăraşi, în momentul depunerii cererii pentru obținerea avizului cabinetului (cabinetelor), lista cu dotarea minimă obligatorie pentru fiecare specialitate;

Cabinetul (cabinetele) își vor începe activitatea numai atunci când va/vor îndeplini condițiile legale pentru aceasta, respectiv după eliberarea Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale de către Direcția de Sănătate Publică, în caz contrar, îmi asum consecințele prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale.

Mă oblig ca, după obținerea certificatului de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, eliberat de Direcția de Sănătate Publică, să depun la Colegiul Medicilor Călăraşi o copie a acestuia, certificată conform cu originalul.

În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate/colectate și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor Călăraşi, orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea Colegiului Medicilor Călăraşi.

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006.

Data Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Călăraşi