

CĂTRE

DIRECTIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____ de
profesie¹ _____, domiciliat(ă) în
_____, titular al cabinetului de practică
individual/cabinetelor de practică grupate/cabinetelor de practică asociate/societatea civilă de practică pentru servicii
conexe actului medical, cu sediul în _____, la adresa _____ -
_____, având telefon de contact: _____ și e-
mail: _____

**solicit înființarea și înregistrarea cabinetului de liberă practică
pentru servicii publice conexe actului medical, fără personalitate juridică** (cabinet de liberă practică individual,
cabinete de liberă practică grupate, cabinete de liberă practică asociate, societate civilă de practică pentru
servicii conexe actului medical) în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale - Partea a 3-a pentru servicii publice
conexe actului medical.

În vederea **înființării și înregistrării cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului
medical, fără personalitate juridică** și emiterea certificatului de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor
Medicale - Partea a 3-a pentru servicii publice conexe actului medical, vă depun următoarele documente:

- prezenta cerere de înființare a cabinetului
- copie după autorizația sanitară de funcționare
- lista cu dotarea minimă necesară funcționării cabinetului, în concordanță cu serviciile furnizate,
conform anexei 2 la ordin;
- copie după autorizația de liberă practică sau, după caz, copie de pe atestatul de liberă practică pentru
persoane care furnizează servicii publice conexe actului medical în cadrul cabinetului eliberată/eliberat:
- (i) de direcția de sănătate publică județeană sau
- (ii) de organizația profesională legal constituită cu competență în emiterea documentelor care atestă
pregătirea profesională și dreptul de liberă practică pentru membrii organizației;
- dovada deținerii spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul;
- pentru serviciile publice conexe actului medical de fizioterapie, psihologie clinică, consiliere
psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială,
logopedie; tehnică dentară, nutriție și dietetică, se va solicita avizul organizației profesionale cu mențiunea
practicilor din cadrul cabinetului
- lista personalului din cadrul cabinetului autorizat pentru practica serviciilor publice conexe actului
medical

Subsemnatul _____ declar că am luat la cunoștință drepturile
mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE
nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor mele personale în vederea înființării și
înregistrării cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Oradea, în data de _____

Semnătura _____

¹Servicii publice conexe actului medical: tehnică dentară; fizică medicală; fizioterapie; sociologie; optică -
optometrie; protezare - ortezare; protezare auditivă; audiologie; terapie vocală; nutriție și dietetică; biologie
medicală, biochimie medicală și chimie medicală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) _____
_____ **de profesie**¹ _____, domiciliat(ă) în _____, titular al cabinetului de practică individual/cabinetelor de practică grupate/cabinetelor de practică asociate/societatea civilă de practică pentru servicii conexe actului medical, cu sediul în _____, la adresa _____ - _____, având telefon de contact: _____ și e-mail: _____

În vederea înscrierii de cabinetului practică individual/cabinetelor de practică grupate/cabinetelor de practică asociate/societatea civilă de practică în Registrul unic - Partea a 3-a - Cabinete de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical,

Declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile articolului 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, următoarele:

- 1) Competențe ale persoanei autorizate
- 2) Norma de bază a persoanei autorizate
- 3) Numele și prenumele altor persoane autorizate pentru practica serviciilor conexe actului medical angajate/ contractate (se va menționa câte o persoană pe fiecare rând, cu păstrarea datelor anterioare)
.....
.....
- 4) Specialitatea persoanei autorizate angajate sau aflate în contract de prestări servicii contractate
- 5) Competențe ale persoanei autorizate angajate/ contractate
- 6) Norma de bază a persoanei angajate/ contractate

Oradea, în data de _____

Semnătura _____

- 1) - se consemnează eventuale competențe ale persoanei titulare
- 2) - se consemnează unitatea sanitară unde are norma de bază persoana autorizată ca titular al cabinetului
- 3) - se consemnează numele și prenumele persoanei autorizate pentru practica serviciilor conexe actului medical, angajată/în contract de prestări servicii de către cabinet/societate/asociație/fundație/etc.
- 4) se consemnează specialitatea persoanei angajate/contractate de către cabinet/societate/asociație /fundație/etc.
- 5) - se consemnează competențele profesionale ale persoanei angajate/contractate și pe care le exercită în cadrul cabinetului/societății/asociației/fundației/etc. (conform autorizației)
- 6) - se consemnează unitatea sanitară unde are norma de bază persoana angajată/aflată în contract de prestări servicii cu cabinetul, societatea, fundația, asociația