

CĂTRE,
DIRECTIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____
medic de specialitatea _____, domiciliat(ă)
în _____, titular al cabinetului medical
individual/cabinetelor medicale grupate/cabinetelor medicale asociate/societății civile medicale, respectiv
cabinete medicale fără personalitate juridică cu sediul/punct de lucru în
_____, la adresa _____-
_____, având codul personal (cod de
parafă) _____, numărul de telefon de contact: _____ și
adresa de e-mail: _____ solicit înregistrarea cabinetelor medicale fără
personalitate juridică în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea I-a, conform prevederilor O.G. nr.
124/1998, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului M.S. nr. 153/2003, cu modificările și
completările ulterioare, coroborate cu alte reglementări legale incidente aplicabile în vigoare, începând
cu data de _____, având
motivul _____.

În vederea înregistrării cabinetului medical fără personalitate juridică (în una dintre următoarele
forme: a) cabinet medical individual; b) cabinete medicale grupate; c) cabinete medicale asociate; d)
societate civilă medicală) și emiterea certificatului de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor
Medicale, vă depun următoarele documente:

- prezenta cerere formulată de către medicul titular al cabinetului sau a asociaților
- autorizația de liberă practică a medicului titular sau a asociaților
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical;
- avizul Colegiului Medicilor din România
- actul constitutiv și statutul în cazul societății civile medicale
- contracte de grupare și asociere a cabinetelor medicale înregistrate la administrația financiară în
cazul cabinetelor medicale grupate și asociate
- dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile
medicale furnizate pe specialități (autorizație sanitară de funcționare)
- lista de servicii medicale furnizate
- alte înscrisuri doveditoare aferente

Oradea, în data de _____

Semnătura _____