CĂTRE

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a)_____ *medic*_____*,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 în* _____*, la adresa* _____*, având telefon de contact:* _____ *și e-mail:*_____ ***solicit înregistrarea cabinetelor medicale fără personalitate juridică în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea I-a.***

În vederea ***înregistrării cabinetului medical fără personalitate juridică și emiterea certificatului de înregistare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale,*** *vă depun următoarele documente:*

- ***prezenta cerere formulată de către medicul titular al cabinetului sau a asociaţilor***
- ***autorizația de liberă practică a medicului titular sau a asociaților***
- ***dovada deţinerii legale a spaţiului în care urmează să funcţioneze 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 condiţiilor minime de spaţiu şi circuite funcţionale în concordanţă cu serviciile medicale furnizate pe specialităţi (autorizație sanitară de funcționare)***
- ***lista de servicii medicale furnizate***
- ***alte înscrisuri doveditoare aferente***

Oradea, în data de _____ ***Semnătura***_____