

**CĂTRE,**

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR**

Subsemnatul(a) .....,  
medic specialist/primar de .....,  
reprezentant legal al CMI/SRL .....,  
sau angajat la CMI/SRL/UNITATEA SANITARĂ .....,  
având datele de contact:

Număr de telefon....., e-mail .....

Vă rog să îmi aprobați continuarea activității, după împlinirea vârstei de 70 ani, conform prevederilor art. 391, alin. 5, din Legea 95 din 2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Anexez următoarele documente:

1. Certificatul de sănătate;
2. Certificat de membru al Colegiului Medicilor Bihor;
3. Avizul anual privind exercitarea profesiei de medic, eliberat de Colegiul Medicilor Bihor;
4. Declarație pe proprie răspundere cu privire la existența contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate Bihor (pentru medicii care se află direct în contract cu CAS Bihor);
5. Certificare care atestă că unitatea sanitară angajatoare se află în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate Bihor ( pentru medicii angajați).

Copii ale documentelor, cu sintagma conform cu originalul, se depun la secretariatul D.S.P. Bihor sau se transmit prin e-mail, la adresa [secretariat@dspbihor.gov.ro](mailto:secretariat@dspbihor.gov.ro).

Este **obligatoriu** ca din certificatul de sănătate a medicilor care efectuează ture de noapte să reiasă că este apt pentru a efectua gărzi/ture de noapte.

Data.....

Semnătura,