

Nr. înregistrare DSP ALBA

CABINET MEDICAL INDIVIDUAL

...../.....

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ALBA

Subsemnatul(a).....

domiciliat(a) în localitatea, str., nr., bl., et., ap.,

TELEFON **Mail**

în calitate de **TITULAR** al.....

adresă **sediu social** în str., nr.

Vă rog să binevoiți a-mi elibera **“CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE”** al

CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL

Adresa **punct de lucru**:, str., nr.

Alăturat anexez următoarele acte:

1. Avizul Colegiului Medicilor pentru înființarea cabinetului medical individual;
2. Certificatul de membru al medicului titular și după caz, al medicilor practicieni, cu viza la zi - copie;
3. Codul fiscal;
4. Dovada legală a deținerii spațiului în care funcționează cabinetul medical individual (contract de vânzare-cumpărare, comodat, închiriere, concesiune etc) - copie;
5. Declarație pe propria răspundere privind **dotarea minimă** necesară funcționării cabinetului;

NOTĂ: În cazul în care se solicită modificări privind: locația, înființarea de puncte secundare de lucru, adăugare de noi specialități etc., se va anexa - **CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE – existent - în original.**

Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.

Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. ALBA să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul emiterii Certificatului de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor, precum și pe durata valabilității acestuia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.

Data

.....

Semnătura și parafa medicului titular,

.....