

Nr. înregistrare DSP ALBA

...../.....

SOCIETĂȚI COMERCIALE
Activități conexe actului medical

CĂTRE,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ALBA

Subsemnatul (a), _____
domiciliat(a) în localitatea: _____ str. _____
nr. _____ bloc _____ et _____ ap _____ TELEFON _____
e-mail: _____, în
calitate de reprezentant legal al _____,
cu sediul social în: _____ str. _____ nr. _____ bloc _____ ap _____,
Vă rog să binevoiți a-mi elibera „CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE” pentru:

situat în _____ str. _____ nr. _____ bloc _____ et _____ ap _____

Alăturat **anexez** următoarele acte, conform *Ordinului MS nr. 646/2019*, completat și modificat de *Ordinul MS nr. 1563/2020, anexa 2*:

1. Certificatul de membru al organizației profesionale cu avizul în termen al titularului, precum și al personalului de specialitate din cadrul persoanei juridice sau autorizația de liberă practică, după caz
2. *Autorizație sanitară de funcționare emisă în baza referatului de evaluare*
3. Dovada titlului de deținere a spațiului/punctului de lucru/punctelor de lucru, însoțită de schița spațiului, din care să reiasă că activitatea se desfășoară separat de orice altă activitate sau de spațiile cu destinația de locuință
4. Actele constitutive ale societății
5. Certificat de înmatriculare a societății și certificat constatator (*pentru sediul cu activitate și/sau punctul de lucru, în care să fie menționate codul CAEN pentru activitățile conexe actului medical*)
6. Dovada de la Oficiul Național al Registrului Comerțului din care să reiasă că societatea are ca unic obiect de activitate furnizarea de servicii publice conexe actului medical

Note: 1. În cazul în care se solicită modificări privind locații, punct de lucru, practicieni, activități, se va anexa CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE-existent –în original.

2. Titularii cabinetelor de liberă practică individuale care, ulterior înființării, optează pentru asociere/grupare vor depune contractele aferente și, în funcție de situație, vor solicita înființarea cabinetelor asociate/grupate. Acestea vor fi înregistrate corespunzător în Registrul unic al cabinetelor medicale - Partea a 3-a pentru servicii publice conexe actului medical.

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 acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.

Data: _____

Numele și prenumele reprezentant legal

Semnătura,