

Nr. înregistrare DSP ALBA
...../.....

CABINETE MEDICALE GRUPATE sau ASOCIATE

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ALBA

Subsemnatul(a).....
domiciliat(a) în localitatea.....str.....nr.....Bl.....Et.....Ap.....
TELEFON.....**Mail**..... în calitate de medic coordonator
al CABINETELOR GRUPATE SAU ASOCIATE.....
.....situat(e) în
.....Str.....nr.....

Vă rog să binevoiți a-mi elibera **“CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE”** pentru următoarele:

CABINETE MEDICALE GRUPATE/ASOCIATE:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Alăturat anexez următoarele acte:

1. Avizul Colegiului Medicilor pentru înființarea cabinetelor grupate sau asociate;
2. Convenția de grupare sau asociere;
3. Copie de pe certificatele de membru al medicilor titulari/practicieni, cu viza la zi;
4. Codurile fiscale;
5. TABEL NOMINAL cu medicii titulari și practicieni, specialitățile medicale ale acestora și codurile fiscale pentru fiecare în parte, semnat și ștampilat de coordonatorul legal al grupării sau asocierii;
6. Dovada legală a deținerii spațiului în care funcționează fiecare cabinet medical (contract de vânzare cumpărare, comodat, închiriere, concesiune etc.) – copie;
7. Declarații pe propria răspundere privind dotarea minimă necesară funcționării fiecărui cabinet în parte;

Notă: În cazul în care se solicită modificări privind: locația, gruparea/asocierea de medici titulari, medici practicieni, activitățile medicale, se vor anexa-CERTIFICATELE DE INREGISTRARE – existente - 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 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

.....

Semnătura și parafa medicului coordonator,

.....