

Nr. înregistrare DSP ALBA
...../.....

CABINETE MEDICALE GRUPATE C.M.I.cu cabinet al S.C.

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.....

situate înStr.....nr.....

Vă rog să binevoiți a-mi elibera **“CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE”** pentru următoarele:
CABINETE MEDICALE GRUPATE (CMI cu cabinet S.C.):

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

Alaturat anexez următoarele acte:

1. Avizul Colegiului Medicilor pentru înființarea cabinetelor grupate;
2. Convenția de grupare;
3. Documente justificative care să ateste că administratorul societății comerciale sau cel puțin o treime din numărul membrilor Consiliului de administrație sunt medici (cerere de mențiuni sau statutul/contractul societății, însoțite de diploma de medic);
4. Certificat de înmatriculare în Registrul Comerțului - copie;
5. Certificat constatator eliberat de Registrul Comerțului - pentru sediul cu activitate și/sau punctul de lucru, în care să fie menționate codul/codurile CAEN pentru activitățile care se desfășoară efectiv - copie;
6. Copie de pe certificatele de membru ale medicilor titulari/practicieni, cu viza la zi;
7. Codurile fiscale;
8. TABEL NOMINAL cu medicii titular și practicieni, specialitățile medicale ale acestora și codul fiscal pentru fiecare în parte, semnat și ștampilat de coordonatorul legal al grupării;
9. Dovada legală a deținerii spațiului în care funcționează unitatea sanitară (contract de vânzare-cumpărare, comodat, închiriere etc) - copie;
10. Declarații pe propria răspundere privind dotarea minimă necesară funcționării cabinetelor;

Notă: În cazul în care se solicită modificări privind locația, componența grupării, medicii titulari, medici practicieni, activitățile medicale, se vor anexa - CERTIFICATELE DE ÎNREGISTRARE – 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 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 coordonator,

.....