Către Direcția de Sănătate Publică Covasna

Domnule Director,

Subsemnatul (a) ....., reprezentant legal al

..... , cu sediul în localitatea

..... , str. .....

nr. ....., bl. ..... sc. ..... ap. ..... , telefon ..... ,

e-mail .....

Solicit viza anuală pentru autorizarea nr. ..... / ..... pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu ordinul MS nr. 1159 din 2010 pentru urmatoarele specialitati:

- Medicină internă da / nu
- Oftalmologie da / nu
- ORL da / nu
- Neurologie da / nu
- Psihiatrie da / nu
- Ortopedie-traumatologie da / nu
- Pneumologie* da/ nu

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înfiinţare sau organizare conform legislaţiei în vigoare;

b) autorizaţia sanitară de funcţionare /raport sau proces-verbal de constatare a condiţiilor igienico-sanitare, după caz;

c) dovada deţinerii unui spaţiu de care dispune în mod legal;

d) dovada achitării contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate (atestat fiscal)

e) dovada deţinerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical (pentru unitatea sanitara) ;

f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare (medici specialist si asistenti medicali)

g) dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

- tabel cu medici angajati / specialitate / parafa / specimen semnatura
- certificat membru Colegiul Medicilor / aviz anual
- asigurare malpraxis

h) pentru asistenţii medicali, autorizaţie de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

- tabel cu asistentii medicali angajati
- certificat membru OAMMR /aviz anual
- asigurare malpraxis

i) dovada deţinerii în proprietate a aparaturii din dotare;

j) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreţinerea şi verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

k) certificat fiscal în original din care să reiasă că unitatea medicală nu are datorii către stat

l) autorizația unității medicale nr. ……. din …… în original

** Controlul pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar pentru solicitanţii de permise pentru grupa II.*

Documentele în copie vor avea mențiunea conform cu originalul, ștampila unității și semnătura reprezentant legal

Mă oblig în scris, să comunic Direcției de Sănătate Publică Covasna în termen de 5 zile lucrătoare , orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora unitatea a fost autorizată.

Semnatura reprezentat legal / stampila unitatii,

……..

Data,

……..