CĂTRE DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ COVASNA

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) .....

domiciliat(ă) în .....str. .....

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

e-mail .....

cu specialitatea .....,

solicit a-mi aproba înscrierea în

***Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a-III-a*:**

a Cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, fără personalitate juridică

cu denumirea .....

din localitatea .....str. .....

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

e-mail ..... cu specialitatea .....

.....

Punct de lucru: localitatea ..... str. .....

nr. ..... bl. ..... sc. ..... ap. ....., cu specialitatea .....

Anexez următoarele documente:

- Autorizaţia sanitară de funcţionare – copie ;
- Diploma de studii/ diploma de licență a titularului cabinet – copie ;
- Autorizaţia de liberă practică sau, după caz, copie de pe atestatul de liberă practică pentru persoanele care furnizează servicii publice conexe actului medical în cadrul cabinetului, eliberată/eliberat:

  a) de direcţia de sănătate publică judeţeană sau a municipiului Bucureşti; sau

  b) de organizaţia profesională legal constituită cu competenţă în emiterea documentelor care atestă pregătirea profesională şi dreptul de liberă practică pentru membrii organizaţiei – copie ;
- Pentru serviciile publice conexe actului medical de fizioterapie, psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială, logopedie, tehnică dentară, nutriţie şi dietetică se va solicita avizul organizaţiei profesionale cu menţionarea practicilor autorizate în cadrul cabinetului – copie ;
- Dovada de deţinere legală a spaţiului (extras CF + contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) a cabinetului de liberă practică – copie;
- Lista personalului din cadrul cabinetului autorizat pentru practica serviciilor publice conexe actului medical (Să dețină personal autorizat pentru furnizarea serviciilor conexe actului medical);
- Consimţământ privind datele cu caracter personal (model consimţământ).

ANEXĂ

Lista personalului din cadrul cabinetului

Nr. crt.	Activități conexe	Personal autorizat nume/prenume

Data

.....

Semnătura

.....