

**CERERE DE INREGISTRARE A CABINETULUI IN
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE**

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul(a) cu domiciliul in
..... str.nr.....sector
telefon cu specialitateasi competenta in
.....cod parafa

va rog sa-mi aprobat in scrierea cabinetului in REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR
MEDICALE sub forma:

- Cabinetul medical individual (conf.OG 124/1998 republicata in august 2002)
- Cabinete medicale grupate (conf. OG 124/1998 republicata in august 2002)
- Cabinete medicale asociate (conf.OG 124/1998 republicata in august 2002)
- Societate civila medicala fara personalitate juridica (conf.OG 124/1998 republicata)

in care lucreaza medici si medicul titular/delegat este

.....
..... specialitate cod parafa

Denumire cabinet

.adresa

proprietate personala/contract de inchiriere/comodat

.....

telefonfax..... e-mail.....

Data

Semnatura si parafa medicului,

DOMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV

**ACTE NECESARE PENTRU INREGISTRAREA CABINETULUI MEDICAL IN
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE
(CABINETE MEDICALE INDIVIDUALE, GRUPATE, ASOCIATE, SOCIETATE
CIVILA MEDICALA)**

- FARA PERSONALITATE JURIDICA -

- CERERE TIP DE INREGISTRARE
- AVIZUL COLEGIULUI MEDICILOR PENTRU INREGISTRAREA CABINETULUI
- STATUTUL SI CONTRACTUL DE SOCIETATE CIVILA MEDICALA sau dupa caz, CONVENTIA DE GRUPARE SAU DE ASOCIERE
- CERTIFICATUL DE MEMBRU IN COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA AL MEDICULUI TITULAR sau dupa caz, CERTIFICATELE DE MEMBRU IN COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA ALE MEDICILOR GRUPATI, ASOCIATI SAU CONSTITUITI IN SOCIETATE CIVILA MEDICALA.
- DOVADA TITLULUI DE DETINERE A SPATIULUI IN CARE FUNCTIONEAZA CABINETUL MEDICAL (CONTRACT DE INCHIRIERE, CONTRACT DE COMODAT, CONTRACT DE VANZARE-CUMPARARE) + SCHITA SPATIULUI
- CODUL DE PARAFA AL MEDICULUI TITULAR sau dupa caz, AL REPREZENTANTULUI LEGAL AL MEDICILOR GRUPATI, ASOCIATI SAU CONSTITUITI IN SOCIETATE CIVILA MEDICALA.
- DOVADA INDEPLINIRII CONDITIILOR MINIME DE SPATIU SI CIRCUITE FUNCTIONALE IN CONCORDANTA CU SERVICIILE MEDICALE FURNIZATE PE SPECIALITATI (notificare).
- DECLARATIE PRIVIND DOTAREA MINIMA OBLIGATORIE A CABINETULUI MEDICAL CONFORM ORD MS NR 153.2003
- DECLARATIE PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL SI CIVIL AL MEDICULUI TITULAR sau dupa caz AL MEDICILOR ASOCIATI,GRUPATI SAU CONSTITUITI IN SOCIETATE CIVILA MEDICALA SI AL MEDICILOR ANGAJATI
- DOSAR

**ACTE NECESARE PENTRU
INREGISTRAREA UNITATILOR MEDICO-SANITARE IN REGISTRUL UNIC
AL CABINETELOR MEDICALE**

- CU PERSONALITATE JURIDICA (SRL) -

- **CERERE TIP DE INREGISTRARE**
- **AVIZUL COLEGIULUI MEDICILOR ILFOV PENTRU INREGISTRAREA SEDIULUI LUCRATIV AL SOCIETATII SAU AL PUNCTULUI DE LUCRU DIN JUDETUL ILFOV**
- **ACTUL CONSTITUTIV ALE SOCIETATII** din care sa reiasa ca :
 - societatea are ca **UNIC OBIECT DE ACTIVITATE FURNIZAREA DE SERVICII MEDICALE**, cu sau fara **ACTIVITATI CONEXE ACTULUI MEDICAL**
 - **ADMINISTRATORUL SOCIETATII COMERCIALE SAU CEL PUTIN O TREIME DIN NUMARUL MEMBRILOR CONSILIULUI DE ADMINISTRATIE SUNT MEDICI (CERTIFICAT DE INSCRIERE, MENTIUNI daca este cazul si **DIPLOMA DE MEDIC – COPIE**)**
- **CERTIFICAT DE INMATRICULARE IN REGISTRUL COMERTULUI**
- **CERTIFICAT CONSTATATOR PENTRU INREGISTRAREA PUNCTULUI DE LUCRU/SEDIU SECUNDAR DIN JUDETUL ILFOV**
- **DOVADA TITLULUI DE DETINERE A SPATIULUI IN CARE FUNCTIONEAZA SOCIETATEA sau dupa caz, punctul de lucru al societatii din jud.Ilfov + SCHITA SPATIU**
- **COD PARAFA MEDICI**
- **CERTIFICATUL DE MEMBRU IN COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA A MEDICULUI/MEDICILOR ANGAJATI SAU COLABORATORI**
- **CONTRACTELE DE MUNCA ALE MEDICILOR ANGAJATI SAU COLABORATORI**
- **NOTIFICARE (pentru amenajarea punctului de lucru din jud.Ilfov)**
- **DECLARATIE PRIVIND DOTAREA MINIMA OBLIGATORIE A CABINETELOR MEDICALE CONFORM ORD MS NR 153/2003**
- **DECLARATIE PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL SI CIVIL AL MEDICILOR ANGAJATI IN SOCIETATE sau dupa caz AL MEDICILOR COLABORATORI**
- **DOSAR**

**CERERE DE INREGISTRARE A CABINETULUI IN
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE
PARTEA A II - A**

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul cu domiciliul in
strada.....nr. sector.....telefon.....
administrator al Societatii Comerciale
.....

cu activitate unica furnizarea de servicii medicale , infiintata conform
legii 31/1990, cu nr. de inmatriculare in Registrul Comertului

.....
si codul fiscal (codul unic).....cu sediul social
in..... ..
str.....nr.....telefon/fax.....
si punct de lucru instr.....
nr.....

.....
telefon/fax.....e-mail.....
va rog sa aprobat inregistrarea societatii/punctului de lucru in
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE partea a II-a .

In cadrul societatii vor functiona urmatoarele cabinete de
specialitate (specialitati medicale, competente, activitati conexe actului
medical):

.....
.....
.....
.....
in care lucreaza personal medico-sanitar autorizat .

Semnatura,

Data

**DOMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI
ILFOV**

Către Direcția de Sănătate Publică a Județului Ilfov

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în _____
str. _____ nr. _____ bl. _____, sc. _____ ap. _____ sector _____
telefon _____, fax _____ e-mail _____

solicit a-mi aproba **înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a-III-a a:**

Cabinetului de practică/ societății civile de practică pentru servicii publice conexe actului

medical _____ str. _____

nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, sector _____, telefon _____, fax _____,

cabinet nr. _____ cu suprafața _____ mp,

Punct de lucru: str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
ap. _____, Cabinet nr. _____ sector _____, telefon _____, cu suprafața _____ mp.

Menționez că în cadrul unității lucrează _____ persoane.

Contratură cabinet _____

*** Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum
responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

Dosarul cuprinde _____, agini.

***Menționez că, termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a
documentației.**

Data:

Semnătura

Anexez alăturat:

- ☐ 1. Autorizația de Liberă Practică a titularului cabinetului - copie;
- ☐ 2. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile conexe actului medical furnizate (notificare eliberată de D.S.P-M.B.)
- ☐ 3. Actul de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) pe numele titularului cabinetului – copie
- ☐ 4. Schița cabinetului ; acceptul vecinilor, asociației de proprietari ; - copie ;
- ☐ 5. Actul doveditor, destinație imobilului (autorizație de construcție, etc.) conform - art.6 Ord. M.S.nr.119/2014; (unde este cazul) da..... nu.....
- ☐ 6 Alte documente: CUI, CONSTATATOR, STATUT

*** Cerere pentru înregistrarea unui Cabinet de practică individuală în Registrul Unic al
Cabinetelor Medicale Partea III-a**