

Nr. înregistrare.....

CATRE
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA ILFOV
Domnule Director Executiv,

Subsemnatul.....reprezentant legal al
..... cu sediul în
..... localitatea
strnr. solicit
autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere si a
conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu Ordinul M.S. nr. 1159 din 2010
pentru următoarele specialitati:

DA NU

1. Medicina interna.....
2. Oftalmologie.....
3. ORL.....
4. Neurologie.....
5. Psihiatrie.....
6. Ortopedie-traumatologie.....
7. Pneumologie*

*) Controlul Pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar
pentru solicitanții de permise pentru grupa II

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizați
conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform
legislației în vigoare;

b) autorizația sanitară de funcționare /raport sau proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-
sanitare, după caz;

c) dovada deținerii unui spațiu de care dispune în mod legal;

d) dovada achitării contribuției la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate;

e) dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

f) dovada ca are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicita
autorizarea, conform reglementarilor legale în vigoare;

g) Tabel cu medicii angajați în cadrul societății, specialitatea medicilor; dovada ca au certificatul de
membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementarilor legale în vigoare ; asigurarea de
răspundere civilă în domeniul medical.

h) Tabel cu asistenții medicali încadrați în cadrul societății, dovada ca au certificat de membru al
Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor si Asistenților Medicali din România, conform
reglementarilor legale în vigoare ; asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

i) dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;

j) documente care dovedesc verificarea metrologica, service-ul, întreținerea si verificarea tehnica
periodica a aparaturii din dotare.

Menționăm, ca toate documentele depuse la dosar sa poarte stampila unității medicale, semnătură si
sintagma „conform cu originalul”.

Datele de contact ale unității medicale sunt:

Adresa : Localitatea str nr

Telefon/fax.....e-mail.....

Data

Semnătura si stampila