



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Direcția de Sănătate Publică Gorj
Compartiment avize/autorizari- C18

Târgu Jiu, Str. 22 Decembrie 1989 , Nr. 22 Bis Cod : 210215 , jud. Gorj
TEL: 0253/210156 --- FAX: 0253/210144
e-mail principal: dspj.gorj@intergorj.ro, dspj.gorj.rel.pub@gmail.com
secretariat : dspjgorj@yahoo.com
Pagina WEB: dsp-gorj.centruldecacul.ro
Număr de date cu caracter personal: 35910

CERERE

Subsemnatul(a),, cu domiciliul în localitatea, județul, str., bl...../sc...../et...../ap....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria nr....., eliberat de la data de, în calitate de..... al, cu sediul în....., telefon....., înmatriculată la registrul comerțului cu nr., având codul fiscal nr. din

Solicit pentru.....
.....
.....
.....

Situat (adresa).....
Având ca obiect de activitate (cod CAEN),
Structura funcțională

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- a) memoriul tehnic;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă;
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
- d) actul de înființare al solicitantului;
- e) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului;
- f) chitanța de plată a tarifului de autorizare/certificare/asistență de sănătate publică/viză nr. din data de, în valoare de lei.

Documentele menționate la lit. a)-e) vor fi depuse în original sau în copie cu mențiunea "conform cu originalul" și vor fi semnate și ștampilate de către solicitant.

Data (completării)

Semnătura



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Direcția de Sănătate Publică Gorj
Compartiment avize/autorizari- C18

Târgu Jiu, Str. 22 Decembrie 1989 , Nr. 22 Bis Cod : 210215 , jud. Gorj

TEL: 0253/210156 --- FAX: 0253/210144

e-mail principal: *dspj.gorj@intergorj.ro*, *dspj.gorj.relpub@intergorj.ro*

secretariat : *dspjgorj@yahoo.com*

Pagina WEB: *dsp-gorj.centruldecalcul.ro*

Număr de date cu caracter personal: 35910

NRDIN.....

CATRE,

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA GORJ

Subsemnatul _____

domociliat in: _____

telefon: _____, CNP _____

Va rog sa binevoiti a-mi elibera **autorizatia de libera practica medicala** pentru
profesia

de : _____

Anexez urmatoarele:

Data _____

Semnatura _____

Nr. înregistrare autoritate competentă

.....

Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
GORJ**

Subsemnatul(a) _____ ,
medic _____ specialitatea _____ ,
cod medic _____ , vă rog să mă înscrieți în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale
și să-mi eliberați **CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE** pentru Cabinetul medical
de _____ ,

(se trece activitatea medicală principală ce se desfășoară în cabinet)

sub formă de cabinet **individual** situat la adresa:

Localitatea _____ , Cod poștal _____ ,

Str. _____ , Nr. _____ , Bl. _____ , Sc. _____ , Ap. _____ ,

pentru activitățile autorizate de C.M.R. de _____ ,

_____ .

CNP.....

TELEFON.....

ADRESA MAIL.....

Menționez:

1. Declar că posed dotarea minimă necesară pentru desfășurarea activităților autorizate conform Anexa 2 din Ordinul M.S.F.nr.153/2003.
2. Aparatele și produsele tehnico-medicale utilizate la desfășurarea prestațiilor medicale avizate sunt autorizate de Minsiterul Sănătății și sunt deținute cu acte de către cabinet.

Data: _____

Semnătura,

Nr. înregistrare autoritate competentă

.....

Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
GORJ**

Subsemnatul _____, în calitate de

SC _____ SRL cu sediul la adresa:

Localitatea _____ Str. _____

Cod poștal _____ Tel. _____ cu numărul de înmatriculare _____

Codul fiscal _____, vă rog să-mi aprobați înregistrarea/radierea cabinetului medical/punctului de lucru în (adresa):.....

:.....,

în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a II-a, cu un număr de _____

cabinete, pentru următoarele activitățile autorizate de C.M.R.:

ACTIVITATE

TITULAR

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data: _____

Menționez:

1. Declar că posed dotarea minimă necesară pentru desfășurarea activităților autorizate conform Anexa 2 din Ordinul M.S.F.nr.153/2003.
2. Aparatele și produsele tehnico-medicale utilizate la desfășurarea prestațiilor medicale avizate sunt autorizate de Minsiterul Sănătății și sunt deținute cu acte de către cabinet.

Semnătura,

NR.....DIN.....

**CĂTRE,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
GORJ**

Subsemnatul(a) _____specialitatea _____
_____, vă rog să mă înscrieți în Registrul Unic al Cabinetelor
Medicale și să-mi eliberați **CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE** pentru Cabinetul
de libera practica pentru servicii conexe actului
medical.....
sub formă de cabinet libera practica situat la adresa:
Localitatea _____, Cod poștal _____,
Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Ap. _____,
pentru activitățile autorizate de.....,

CNP.....

TELEFON.....

Menționez:

1. Declar că posed dotarea minimă necesară pentru desfășurarea activităților
2. Aparatele și produsele tehnico-medicale utilizate la desfășurarea prestațiilor medicale avizate sunt autorizate de Minsiterul Sănătății și sunt deținute cu acte de către cabinet.

Data: _____

Semnătura

Nr. înregistrare autoritate competentă

.....

Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
GORJ**

Subsemnatul _____, în calitate de
SC _____ SRL cu sediul la adresa:

Localitatea _____ Str. _____

Cod poștal _____ Tel. _____ cu numărul de înmatriculare _____

Codul fiscal _____, vă rog să-mi aprobați înregistrarea/radierea cabinetului de
libera practica pt servicii publice conexe actului medical, cu personalitate juridica
/punctului de lucru în (adresa):.....

.....:

....., în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a III-a, cu un număr de
_____ cabinete, pentru următoarele activități autorizate:

ACTIVITATE

TITULAR

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data: _____

Menționez:

1. Declar că posed dotarea minimă necesară pentru desfășurarea activităților
2. Aparatele și produsele tehnico-medice utilizate la desfășurarea prestațiilor medicale avizate sunt autorizate de Minsiterul Sănătății și sunt deținute cu acte de către cabinet.

Semnătura,



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Direcția de Sănătate Publică Gorj
Compartiment avize/autorizari- C18

Târgu Jiu, Str. 22 Decembrie 1989 , Nr. 22 Bis Cod : 210215 , jud. Gorj
TEL: 0253/210156 --- FAX: 0253/210144
e-mail principal: dspj.gorj@intergorj.ro, dspj.gorj.repub@intergorj.ro
secretariat : dspjgorj@yahoo.com
Pagina WEB: "http://www.dspgorj.ro"
Număr de date cu caracter personal: 35910

CERERE

de autorizare a furnizorilor privați de servicii
de asistență medicală de urgență prespitalicească
și de transport medical asistat și transport
sanitar neasistat, a serviciilor de ambulanță județene și al
municipiului București și a serviciilor mobile de urgență, reanimare
și descarcerare (SMURD)

Către
Direcția de sănătate publică a județului Gorj
În atenția dlui/dnei director

Subsemnatul,, în calitate de director/medic-șef al:

1. Serviciului de Ambulanță al Județului/Municipiului București
2. Serviciului Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare (SMURD) al
Județului/Municipiului București
3. Serviciului de Ambulanță, cu sediul în localitatea, județul
....., cu activitate pe teritoriul județelor

vă rog să aprobați constituirea unei comisii în vederea autorizării funcționării serviciului de ambulanță/serviciului mobil de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) sus-menționat. Vă aduc la cunoștință că sunt de acord cu preluarea costului de deplasare și cazare a membrilor comisiei. Totodată, declar pe propria răspundere că serviciul pe care îl conduc/coordonez/aflat în structura unității pe care o conduc îndeplinește toate cerințele în vederea autorizării și înțeleg că, în cazul în care cerințele de autorizare nu sunt îndeplinite, direcția de sănătate publică poate suspenda temporar activitatea serviciului sau poate retrage autorizația de funcționare.

Reprezentant legal al serviciului solicitant:

[în cazul serviciului mobil de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) - reprezentantul legal al spitalului responsabil de coordonarea activității medicale a serviciului la nivel județean sau al municipiului București]

Nume

Calitate

Semnătura

Data

Localitatea

Cerere de solicitare a autorizării

Unitatea sanitară

Nr. din

Domnule Director,

Subsemnatul,, reprezentant legal al unității sanitare, cu sediul la adresa: str. nr. ..., localitatea, județul, telefon, fax, având actul de înființare sau de organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare nr., codul fiscal și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, solicit pentru, situat la (adresa):, efectuarea controlului unității sanitare în vederea autorizării în domeniul transfuziei sanguine pentru a desfășura următoarele activități:

.....

.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente care fac dovada îndeplinirii criteriilor de autorizare, conform prevederilor legale în vigoare:

a) structura de personal (lista personalului implicat în această activitate, calificări, precum și numele, calificarea și datele de contact ale medicului coordonator al UTS):

.....

.....

b) referitoare la organizarea instituției (organigrama din care să reiasă subordonarea unității de transfuzie managerului spitalului):

.....

.....

c) referitoare la sistemul calitate (extras din manualul calității instituției, din care să reiasă măsurile de asigurare a calității în activitatea transfuzională, numărul și calificările personalului implicat în activitatea transfuzională la nivelul spitalului cu documente doveditoare, precum și programul de pregătire a personalului în domeniul transfuziei sanguine)

d) referitoare la sistemul de hemovigilență pentru raportarea, investigarea, înregistrarea și transmiterea informațiilor despre incidentele grave care pot influența calitatea și siguranța produselor sanguine și reacțiile adverse severe, după caz:

.....

.....

e) privind spațiul (numărul de încăperi, destinația, circuite funcționale):

.....

.....

f) privind dotarea cu aparatură și echipamente medicale adecvate activității pentru care se solicită autorizarea:

.....

.....

g) lista procedurilor operatorii standard pentru activitățile de bază:

.....

.....

h) privind programul și documentarea îndeplinirii autoinspecției:

.....

.....

i) contractele de furnizare de sânge și componente sanguine încheiate cu centrele de transfuzie sanguină distribuitoare:

.....

j) documentele care fac dovada, după caz, a îndeplinirii condițiilor igienico-sanitare necesare în vederea funcționării, respectiv:

- autorizația sanitară de funcționare;
- certificatul constatator eliberat de oficiul registrului comerțului.

.....

.....

k) declarația pe propria răspundere a conducătorului unității sanitare cu privire la realitatea documentelor depuse, precum și concordanța acestora cu situația de la nivelul unității sanitare care a solicitat autorizarea, întocmită conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 la norme;

.....

.....

Mă oblig prin prezenta:

1. să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în vederea controlului unității sanitare, precum și să asigur accesul liber în spațiile acesteia;
2. să reînnoiesc permanent documentele al căror termen de valabilitate expiră ulterior datei depunerii acestora prin prezenta cerere;
3. să comunic Direcției de Sănătate Publică, în scris, în termen de maximum două zile lucrătoare de la data apariției, orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora am fost evaluat.

Data (completării)

.....

Numele în clar

Semnătura și ștampila

DECLARATIE

Subsemnatul..... cu domiciliul in
localitatea.....str.....nr...
.....in calitate de.....al.....
avand codul fiscal....., cunoscand faptul ca falsul in
declaratii este pedepsit de legea penala, declar pe propria raspundere ca
spatiul(adresa).....
.....
este detinut legal si nu face obiectul vreunui litigiu.

DATA.....

SEMNATURA.....

Anexă la ASF nr.

Nr. înregistrare autoritate competentă

Nr. înregistrare solicitant

DECLARAȚIE
referitoare la condițiile igienico-sanitare

Subsemnatul (a),, în calitate deal
....., cu sediul în localitatea, str.
nr., sectorul/județul, având codul fiscal, declar următoarele pe
propria răspundere, cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite conform legii:

În sediul din localitatea, str., sectorul/județul, se
desfășoară activitatea/activitățile (cod CAEN)

Sunt asigurate următoarele:

1. Obiectivul are structura funcțională conform Ordinului ministrului sănătății nr.
(se enumeră spațiile/încăperile, destinația acestora, suprafața):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Posed următoarele dotări și echipamente specifice activității desfășurate:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Dețin acordul asociației de proprietari și al locatarilor din imediata vecinătate, conform Legii
locuinței nr. 114/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare (pentru obiective aflate
în imobile colective): Da/Nu

4. În obiectiv sunt asigurate următoarele utilități:

4.1. apă potabilă - în sistem centralizat;

- din sursă proprie (puț forat, fântână cu hidrofor, buletin de analiză apă potabilă nr. din data
.....)

4.2. apă caldă: - Da/Nu

4.3. canalizare: - racord la sistem public;

- alt sistem de evacuare a apei reziduale menajere.

5. Evacuarea deșeurilor menajere se face conform Contractului nr. / încheiat cu

6. Nr. angajați

7. Mă angajez să respect reglementările legale în vigoare specifice domeniului meu de activitate

Data

Semnătura