

Catre Directia de Sanatate Publica Timis

Domnule Director Executiv

Subsemnatul....., reprezentant legal al
..... cu sediul in localitatea

Str. nr., bl. solicit autorizarea pentru
examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule sau
tramvaie, in conformitate cu ordinul MS nr. 1159 din 2010 pentru urmatoarele specialitati:

1. Medicină internă da/nu
2. Oftalmologie da / nu
3. ORL da / nu
4. Neurologie da / nu
5. Psihiatrie da / nu
6. Ortopedie-traumatologie da / nu

Anexez in copie urmatoarele documente:

- a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizați conform [Ordonantei 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 (adeverinta eliberata de catre CJAS Timis sau atestat fiscal in cazul unitatilor cu personalitate juridica);
- e) dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;
- f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;
- g) dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
- h) pentru asistenții medicali, autorizație de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
- i) dovada că fiecare angajat medico-sanitar deține asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- j) dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;
- k) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreținerea și verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

Datele de contact ale unitatii medicale sunt:

Adresa :

Localitatea.....

Str. nr.....

Telefon.....

e-mail.....

Data

semnatura reprezentat legal/ stampila unitatii