|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*Anexa 3*

***Direcția de Sănătate Publică Timiș***

***Înregistrare Avize autorizare***

***Nr. .......... din …...... /......... / 20….***

**Cerere VIZĂ**

Subsemnatul(a),.......................................................................................................... cu domiciliul în judeţul……................., localitatea..................................................................., str..........................................................., nr.........., bl......., sc......, et....., ap....,

posesor/posesoare al/a BI/CI seria ............nr. ......................... eliberat de .............................................. la data de…........................,

în calitate de.................................................. al ………........................................................................................................................

cu sediul în ......................................................, str. …........................................, nr. ......., bl......., sc....., et....., ap...., telefon......................................., fax…………………………., e-mail: ……………………………………….. înmatriculată la Registrul comerţului cu nr. .............................., având codul fiscal nr. ........................... din data ........................ **solicit :**

**VIZA autorizaţiei sanitare**

pentru ............................................................................................................................................

situat la adresa: ..........................................................………………………………………………..

având ca obiect de activitate (cod CAEN): ......................................................................................

structura funcţională:........................................................................................................................

Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

a) memoriul tehnic în care este descris modul de îndeplinire a cerinţelor prevăzute de reglementările legale specifice domeniului de activitate;

b) planul de situaţie cu încadrarea în zonă;

c) schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate;

d) acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului;

\* extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) în care destinația spațiului să fie conformă cu activitatea desfășurată

\* Contract închiriere / comodat / concesiune adaptat tipului de activitate desfăşurat

*\** declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită viză este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu

e) documente care atestă dobândirea personalităţii juridice - codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală, iar pentru asociaţii şi fundaţii, statutul unităţii și dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor;

f) certificat constatator extins sau furnizare de informații eliberate de ORC – nu mai vechi de 30 de zile

g) autorizație sanitară de funcționare

h) contract deşeuri medicale, dacă e cazul

g) dovada de plată a tarifului de viză nr. **……………..............................** din data de **.....................................**, în valoare de **400** lei.

dovada de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 150 lei.

h) alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale incidente domeniului ……………………

Cererea și actele anexate se vor depune în dosar cu șină și vor fi numerotate pe fiecare filă începând din spate (de la ultima filă).

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

Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Timiş să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul vizei autorizației sanitare precum și pe durata valabilității acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.

Pot fi informat / notificat pentru completări **la e-mail: ..............................................................................**

**Persoana de contact ……………………………… Telefon……………………………**

Data (completării) ....................... Semnătură solicitant ………………….

**\*Menţionăm că, termenul de soluţionare curge de la data depunerii documentaţiei complete si termenul de valabilitate de la data emiterii.**

COMPARTIMENT AVIZE ȘI AUTORIZARE

Dosarul conţine la înregistrare .**............**file

OPIS

(pentru *viza anuală)*

1. Cerere conform anexei 3 la ..............
2. dovada de plată a tarifului de viză 400 lei la ................
3. dovada de plată a taxei de urgenţă la .........
4. copie BI/CI *reprezentant/împuternicit* la ..............
5. împuternicire, după caz la ..............
6. autorizaţia sanitară de funcţionare în copie la ..............
7. autorizaţia sanitară de funcţionare în original la ..............
8. memoriul tehnic la ..............
9. programul de monitorizare operațională pentru anul în curs, avizat de instituția noastră – copie, dacă e cazul la ....………..
10. rapoarte de încercare (buletinele de analiză a apei) efectuate în ultimele 12 luni anterioare depunerii documentaţiei – copie, dacă e cazul la ......…………
11. planul anual de control/ întreţinere/ curăţare/ spălare/ dezinfecţie a componentelor sistemului centralizat de alimentare cu apă – copie, dacă e cazul la .....……………
12. contract deşeuri medicale, dacă e cazul la ..............
13. alte documente la ................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTE solicitate de către personalul de specialitate în etapa de evaluare a obiectivului:

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...….

…………………………………………………………………………… la ...…..

DOCUMENTE solicitate de către personalul de specialitate prin adresa nr…………din ……….

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

…………………………………………………………………………… la ...…..

VERIFICAT

PERSONAL DE SPECIALITATE

Notă: Solicitarea vizei se face cu minimum 30 de zile înainte de expirarea valabilităţii autorizaţiei sanitare de funcţionare

**DECLARAŢIE**

**Subsemnatul (a) ,……………………………………………………...………………….……..**

**CNP........................................................., în calitate de ........................................................**

**al ………......….…………………………………………………………………………..………………….,**

**cu sediul în localitatea ……………………………………… str……………………….............................,**

**nr……………. …………………………………… Jud. ……………….. având codul fiscal…………...…**

**…………...................,** c**unoscând faptul că falsul în declaraţii este pedepsit de legea penală, declar pe proprie răspundere că spaţiul pentru care se solicită viză este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu.**

**Adresa:**

**Localitatea……………………………………………, Str. …………………………………………,**

**nr. ………,…………………………………………………………….. Jud. TIMIȘ.**

Data ………………………….. Semnătura………………………..

**MEMORIU TEHNIC**

1. **Denumirea completă a obiectivului:**
2. **Sediu:**
3. **Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:**
4. **Adresă obiectiv:**
5. **Profilul activităţii:**
6. **Descriere clădire/ spațiu acces;**
7. **Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordinului MS nr. ................**

**Nr. încăperi și destinația lor/suprafața(mp):**

**Cabinet medical consultații în specialitatea/specialitățile cu suprafața de mp,**

**Sală de tratament**

**Sală de așteptare**

**Magazie/ depozit materiale / ustensile de curățenie**

**Vestiar**

**Birou**

**Alte încăperi**

**Grupuri sanitare: personal /pacienți**

1. **Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii și**

**Dotare minimă obligatorie conf. Ord. M.S. Nr. 153/2003 în funcție de specialitate (enumerare)**

1. **Suprafețe: paviment, pereți, mobilier**
2. **Sterilizare-dezinfecție**
3. **Mod de colectare, depozitare temporară și neutralizare a deșeurilor periculoase rezultate în urma activității medicale**
4. **Modul de gestionare a colectării, îndepărtării deșeurilor menajere (contract Retim)**
5. **Modul de asigurare şi distribuţie a apei potabile, canalizare, iluminat, încălzire:**
6. **Numărul şi structura personalului:**

Data întocmirii: NUME MEDIC

Semnătura, Parafa

**NOTĂ: Memoriul tehnic** depus va fi **tehnoredactat**, cu **precizarea** activităților/ **specialităților**.

**In schița cu detalii de structură funcțională** se va preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, specialitățile medicale în concordanță cu datele din memoriu tehnic și contractul de spațiu

1. **TARIFUL pentru VIZA Autorizaţiei sanitare de funcţionare cu evaluare** este de **400 lei**

**Plata se efectuează în Contul Bugetului de stat** , **deschis la Trezoreria Municipiului Timișoara - COD IBAN RO07TREZ62120160103XXXXX**

și sunt necesare următoarele:

- datele de identificare ale plătitorului: denumire, cod fiscal, sediu, cod IBAN, banca; numele delegatului, datele de identificare ale delegatului: C.I. serie și număr;

- numele și adresa unității pentru care se solicită viză

**TARIFUL suplimentar** **pentru rezolvarea în regim de** **URGENŢĂ este de *150 lei***

**Plata se efectuează cu MINIM 48 ORE ÎNAINTE în contul DSP Timiș, deschis la Trezoreria Municipiului Timișoara - COD IBAN RO44TREZ62120E365000XXXX, COD FISCAL 11292024**

și sunt necesare următoarele:

* datele de identificare ale plătitorului: denumire, cod fiscal, sediu, cod IBAN, banca; numele delegatului datele de identificare ale delegatului: C.I. serie și număr;
* numele și adresa unității pentru care se solicită viză

------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Completare documentație VIZĂ**

Documentele solicitate de către personalul de specialitate se depun în completare de către petent la sediul DSPJ Timiş, str. Lenau, nr. 10, camera 18, însoţite de o adresă de înaintare în care se face referire la numărul iniţial primit la înregistrare.

Termenul de soluţionare decurge de la data depunerii documentaţiei complete și în termen de valabilitate de la data emiterii.