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

*Anexa 3*

***Direcția de Sănătate Publică Timiș***

***Înregistrare Avize autorizare***

***Nr. .........../R din …...... /......... / 2023***

**Cerere autorizație sanitară de funcționare CABINET MEDICAL CONEX**

 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 :**

**Autorizaţie sanitară în baza referatului de evaluare**

pentru (denumirea cabinet conex) ............................................................................................................................................

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

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

structura funcţională: Cabinet conex de : □tehnica dentara □fizioterapie □ psihologie □optica optometrie

□logopedie □terapie vocală □sociologie medicală □protezare auditiva si audiologie □nutritie si dietetica

 **□*Autorizație sanitară de funcționare anterioară cu nr............./…....../R din …./.…./………….(dupa caz)***

 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 autorizare 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) avizul organizaţiei profesionale teritoriale, după caz,

 h) contract deşeuri medicale, dacă e cazul;

 i) copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul

 j) dovada de plată a tarifului de autorizare nr. **……………..............................** din data de **.....................................**, în valoare de **500** lei.

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

 k) alte documente care sa ateste indeplinirea cerintelor 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 emiterii autorizației sanitare de funcționare 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 *autorizaţie sanitară cu referat de evaluare* CABINETE MEDICALE CONEXE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Opis cabinete conexe ASF** | **pg** |
| **1** | **Cerere conform anexei nr. 3**  |  |
| **2** | **Tip cabinet , activitate conexa, denumire, date contact** |  |
| **3** | **Dovada de plată a tarifului de autorizare/ extras de cont bancar 500 lei**  |  |
|  | **Dovada de plată a taxei de urgenţă 150lei**  |  |
| **4** | **împuternicire, după caz**  |  |
| **5** | **Copie BI/ CI reprezentant/ împuternicit**  |  |
| **6** | **Avizul organizaţiei profesionale teritoriale conform ordinului MS nr. 1992/2023 după caz**  |  |
| **7** | **Autorizaţia de liberă practică eliberată de DSP / de Organizaţia profesională după caz, + aviz anual pentru personal** |  |
| **8** | **Documente inregistrare fiscala**  |  |
|  | **a. Cabinete fără personalitate juridică Cod fiscal – dupa caz** |  |
|  | **b. Cabinete cu personalitate juridica SRL cf. Legii. nr. 31/1990 /Asociatii/Fundatii cf Legii nr. 246/2005** |  |
|  | **·        Cabinet certificatul de înregistrare la Registrul comerţului- cod fical**  |  |
|  | **·        Certificat constatator extins sau furnizare de informații eliberate de ORC (sedii lucrative, cod CAEN la sediu , administrator, obiect unic de activitate conexa) – nu mai vechi de 30 de zile**  |  |
|  | **c. Cabinete cu personalitate juridica Asociatii/Fundatii cf Legii nr. 246/2005** |  |
|  | **·        Certificatul de înregistrare în registrul persoanelor juridice după caz;** |  |
|  | **·        Hotărârea judecătorească de înfiinţare sau dovada dobândirii personalităţii juridice, după caz;** |  |
|  | **Actul constitutiv sau statutul persoanei juridice, după caz.** |  |
| **9** | **Dovada deţinerii spaţiului în care urmează să funcţioneze cabinetul;** |  |
|  | **·         extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile)**  |  |
|  | **·         declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu (model anexat) l** |  |
|  | **·         contract spațiu adaptat tipului de activitate desfăşurat cu proprietar în termen de valabilitate**  |  |
| **10** | **Planul de situaţie cu încadrarea în zonă**  |  |
| **11** | **Schiţe cu detalii de st ructură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate**  |  |
| **12** | **Memoriul tehnic tehnoredactat conform *model anexat***  |  |
| **13** | **Declarație privind dotarea cabinetului conex conform OMS nr. 1992/2023 *(model anexat)***  |  |
| **14** | **Document justificativ SRL (certificat constatator extins) activitate conexaa.)să aibă ca obiect de activitate furnizarea de servicii publice conexe actului medical;b)administratorul societăţii sau reprezentantul legal al persoanei juridice ori cel puţin o treime din numărul membrilor consiliului de administraţie/membrilor fondatori să fie prestatori ai activităţii conexe actului medical.** |  |
|  | **Document justificativ asociatii/fundatii activitate conexaa) să aibă ca scop şi obiectiv furnizarea de servicii conexe actului medical;b)să deţină cel puţin un profesionist autorizat pentru furnizarea serviciilor conexe actului medical în cadrul organizaţiei neguvernamentale.** |  |
| **15** | **Contract deşeuri medicale, dacă e cazul**  |  |
| **16** | ***Copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul***  |  |
| **17** |  **Actul doveditor privin destinaţia imobilului conform art. 6 Ord. M.S. nr. 119/2014 (unde este cazul)**  |  |
| **18** | **Alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale incidente domeniului**  |  |

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 ...…..

**Tip cabinet , activitate conexa, denumire, date contact**

**Activitatea conexa** **Forma de organizare cabinet**

🞎Tehnica dentara 1. **cabinete fără personalitate juridică**

🞎Fizioterapie 🞎 cabinet de practică individual

🞎Psihologie 🞎 cabinete de practică grupate;

🞎Optica optometrie 🞎 cabinete de practică asociate;

🞎Protezare-ortezare 🞎 societate civilă de practică.

🞎Protezare auditiva 2. **cabinete cu personalitate juridica**

🞎Audiologie 🞎 cabinete de practică cu personalitate juridică conform Legii societăţilor nr. 31/1990,

🞎Nutritie si dietetica 🞎 asociaţiile şi fundaţiile înfiinţate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 26/2000

🞎Logopedie

🞎Sociologie

🞎Terapie vocala

Denumirea cabinetelor va cuprinde obligatoriu:

 a)numele şi prenumele titularului;

 b)sintagma „cabinet de liberă practică.....“ (*Se va menţiona activitatea conexă actului medical prestată şi pentru care titularul este autorizat*)

*Date contact*

Nume cabinet …………………………………………………..

Adresa localitate......................................................,

str. …............................................................, nr. ......., bl......., sc....., et....., ap....,

telefon.......................................,

e-mail……………………………….

Reprezentant legal ………………………………………………………..

**Tarif autorizare**

**TARIFUL pentru Autorizaţie sanitară de funcţionare cu evaluare** este de **500 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 cabinetului medical pentru care se solicita autorizare

**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,

**…………………………………………………………………………………………………………………**

1. Notă:

**Cabinetele medicale** conexe actului medical **se înregistrează în Registrul unic al cabinetelor medicale** în conformitate cu prevederile legale ordin OMS nr. 1992/2023

 **Cererea** și **opisul** pentru *Certificat de înregistrare în Registrul unic* se regăsesc în secțiunea “Înregistrare cabinete medicale “

 **Documentațiile pentru autorizare sanitară ș**i **înregistrare în Registrul Unic** **se pot depune în aceeași zi**, iar certificatul de înregistrare în Registrul unic se eliberează după emiterea autorizației sanitare de funcționare

Documentațiile se înregistrează la sediul DSPJ Timiș, str. Lenau nr. 10 astfel:

- Autorizația sanitară de funcționare la cam. 18 Birou Avize Autorizare

- Certificat de înregistrare Registrul Unic la cam. 17 Registratură

…………………………………………………………………………………………………

1. **Completare documentație autorizație**

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.

**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 autorizare este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu.**

**Adresa:**

**Localitatea……………………………………………,**

**Str. ……………………………………………………………,**

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

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

**Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex TEHNICA DENTARA în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex de tehnica dentara

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,

str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa **tehnica dentara**

*Condiţiile de dotare minimă obligatorie pentru cabinetele de tehnică dentară sunt adaptate serviciilor furnizate şi tipului de lucrări executate,*

*conform Avizului emis de organizaţia profesională OTDR nr. din data de ……..*

*cabinetul este dotat cu urmatoarele:*

Reprezentant legal *Nume, prenume*

Data Semnătura

**Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex - FIZIOTERAPIE în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023**

Subsemnatul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex de fizioterapie ……………………………………………………

situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,

str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa FIZIOTERAPIE

a)1 spalier;

b)2 saltele;

c)oglindă de perete;

d)1 masă de examinare/de terapie simplă;

e)1 bancă;

f)2 instalaţii-montaje scripete cu contragreutăţi;

g)greutăţi de diverse mărimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice;

h)minimum 3-4 dispozitive pentru recuperare funcţională din grupa „dispozitive ajutătoare“ (de exemplu: pedalier, planşetă basculantă, giroplan, levier pentru cvadriceps, roată şi scăriţă pentru umăr, placă canadiană, placă pentru abilităţile mâinii etc.);

i)cântar pentru persoane;

j)alte dotări: **trusa de urgenţă standard** *(conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 427/2002 pentru aprobarea componenţei trusei sanitare şi a baremului de materiale, ce intră în dotarea posturilor de prim ajutor fără cadre medicale).*

Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei nr. 427/2002

Anexa 2 COMPONENTA trusei sanitare folosite pentru acordarea primului ajutor medical, care se afla în dotarea posturilor fixe de prim ajutor fără cadre medicale din întreprinderi, instituţii şi unităţi economice, şcoli, cabane turistice şi altele asemenea

1.1. Trusa sanitară se compune dintr-o cutie din material plastic, cu colturi şi muchii rotunjite, în care sunt depozitate instrumente şi materiale sanitare, medicamente şi materiale diverse.

Anexa nr. 3 la ordin prevede conţinutul minim obligatoriu al trusei sanitare din dotarea posturilor fixe de prim ajutor fără cadre medico-sanitare.

Optional trusa sanitară poate conţine şi alte dispozitive medicale, cum ar fi: folie termoizolanta, dispozitiv care asigura soluţia de conservare a energiei corpului omenesc în situaţii grave.

1.2. Cutia trusei sanitare trebuie să fie rigida, realizată din material plastic rezistent, cu marginile şi colturile rotunjite. Ea trebuie:

a)să asigure etanseitatea corespunzătoare pentru protejarea conţinutului faţă de praf şi umezeala printr-un sistem de închidere ferm;

b)să fie inscripţionată, vizibil de la o distanta de minimum 5 m, cu denumirea produsului şi a furnizorului sau, după caz, a producătorului;

c)să permită vizualizarea conţinutului sau să aibă inscripţionată lista conţinutului;

d)să fie dimensionata şi compartimentata corespunzător, în vederea depozitarii şi asigurării integrităţii componentelor prevăzute în anexa nr. 3.

Calitatea materialelor sanitare, a instrumentelor şi a medicamentelor va fi verificata şi certificată în conformitate cu prevederile în vigoare privind evaluarea conformitatii de către organele abilitate ale Ministerului Sănătăţii şi Familiei.

Anexa 3   CONŢINUTUL MINIM OBLIGATORIU AL TRUSEI SANITARE

|  |  |
| --- | --- |
| Denumirea materialului | Numărul de bucăţi |
| Cutie din material plastic, etanşă, cu colţuri rotunjite | 1 |
| Foarfece cu vârfuri boante | 1 |
| Garou 50 cm | 1 |
| Deschizător de gură din material plastic | 1 |
| Dispozitiv de respiraţie gură la gură | 1 |
| Pipă Guedel mărimea 4 | 1 |
| Pipă Guedel mărimea 10 | 1 |
| Mănuşi de examinare, pereche | 4 |
| Pahare de unică folosinţă | 5 |
| Batiste de hârtie cu soluţie dezinfectantă | 10 |
| Atele din material plastic | 2 |
| Feşi din tifon mici 5 cm/4 m | 5 |
| Feşi din tifon mari 10 cm/5 m | 3 |
| Bandaj triunghiular I = 80 mm | 2 |
| Vată hidrofilă sterilă, pachet A 50 g | 2 |
| Ace de siguranţă | 12 |
| Leucoplast 5 cm/3 m | 1 |
| Leucoplast 2,5 cm/2,5 m | 1 |
| Alcool sanitar 200 ml | 1 |
| Comprese sterile 10 cm/8 cm x 10 buc. | 10 |
| Pansament individual 2 cm/6 cm | 10 |
| Pansament cu rivanol 6 cm /10 cm | 5 |
| Plasture 6 cm/50 cm | 1 |
| Creion | 1 |
| Caiet a 50 de pagini | 1 |
| Broşură cu instrucţiuni de prim ajutor | 1 |
| Rivanol soluţie 10/00, 200 ml | 1 |
| Apă oxigenată sau perogen | 1 |
| Alcool iodat 200 ml | 1 |

Data Reprezentant legal *Nume, prenume* Semnătura

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023****🞎 PSIHOLOGIE 🞎 LOGOPEDIE 🞎 TERAPIE VOCALĂ 🞎 SOCIOLOGIE MEDICALĂ* *Subsemnatul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex ……………………………………………………….**situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,* *str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa ……………………………..* *Cabinetul de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de* ***psihologie*** *(psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională şi psihopedagogie specială),* ***logopedie, terapie vocală şi sociologie medicală*** *trebuie să îndeplinească următoarele* ***condiţii de dotare minimă obligatorie,*** *astfel:* *A.****Cabinetul de psihologie - psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională şi psihopedagogie specială:****a)minimum două probe de evaluare psihologică avizate care trebuie să măsoare constructe psihologice diferite, care să răspundă principiului responsabilităţii, să acopere obiectul de activitate al cabinetului de psihologie;**b)laptop;**c)imprimantă;**d)mijloace de înregistrare;**e)mobilier curent adaptat obiectului de activitate al cabinetului de psihologie.* *B.****Cabinetul de logopedie****:**a)mobilier curent şi scaune de diverse dimensiuni adaptate vârstei copilului;**b)oglindă fixată pe perete;**c)măsuţă/pupitru plasat(ă) în faţa oglinzii;**d)alfabet (din carton, magnetic, din lemn etc.);**e)cărţi cu imagini specifice sau seturi de imagini organizate pe domenii (fructe, legume, plante, animale domestice şi sălbatice, culori, forme geometrice, obiecte din casă sau din curte, piese de vestimentaţie, părţile corpului, obiecte de igienă etc.);**f)figurine din plastic (animale, legume, fructe);**g)caiete de desen şi caligrafie, creioane-carioci-acuarele, cărţi sau fişe de colorat, fişe pregrafice;**h)jocuri pentru învăţarea regulilor;**i)instrumente muzicale (fluier, tobă, muzicuţă etc.);**j)jocuri tip puzzle, cuburi, cifre (carton, lemn, magnetice etc.);**k)jocuri de asamblare (lego);**l)jocuri pentru abilităţi manuale (decupaje, cusut, completat, îmbinat etc.), foarfecă, hârtie colorată, joc memory etc.;**m)trusă logopedică;**n)programe specifice;**o)programe structurate de terapia limbajului sau softuri pentru stimularea dezvoltării limbajului, corectarea tulburării de pronunţie, stimularea achiziţiei şi dezvoltării cititului, scrisului şi calculului matematic, de dezvoltare a conştiinţei fonologice şi a funcţiilor executive;**p)opţional: echipament IT, cu posibilitatea instalării unor programe informatice specializate pentru logopedie.* *C.****Cabinetul de sociologie medicală:****a)chestionare de evaluare a calităţii vieţii (WHO QoL-BREF, SF - 36 etc.);**b)chestionare de evaluare a satisfacţiei pacientului;**c)chestionare de evaluare a stresului perceput (de exemplu: PSS);**d)sistem desktop, PC, imprimantă, multifuncţional;**e)conexiune la internet;**f)mobilier de birou.* *D.****Cabinetul de terapie vocală:****a)chestionare pentru autoevaluarea vocii;**b)scale de evaluare perceptuală a vocii;**c)programe de analiză acustică, de exemplu: PRATT;**d)instrumente necesare pentru diferite tehnici de reabilitare vocală: paie de diferite dimensiuni, dispozitive pentru antrenamentul muşchilor respiratori.**Reprezentant legal Nume, prenume**Data Semnătura****Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex - optica optometrie în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023****Subsemnatul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex de* ***optica /optometrie*** *……………………………………………………**situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,* *str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa* ***optica / optometrie***  *A.Cabinetul de optică:**a)optotip de distanţă şi aproape;**b)cutie cu lentile de probă;**c)biomicroscop;**d)aplanotonometru (sau alte aparate pentru măsurarea presiunii intraoculare);**e)oftalmoscop direct;**f)lentilă Volk de 90 D;**g)autorefractometru.* *B.Cabinetul de optometrie:**a)optotip de distanţă şi aproape;**b)autokeratorefractometru;**c)biomicroscop;**d)trusă de lentile aeriene de probă;**e)trusă de lentile de contact de probă;**f)riglă pentru măsurarea distanţei interpupilare.**Reprezentant legal Nume, prenume**Data Semnătura****Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex de protezare-ortezare în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023****Subsemnatul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex de protezare-ortezare**……………………………………………………**situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,* *str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa protezare-ortezare:**Dotarea cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de protezare-ortezare se realizează în funcţie de operaţiunile executate în cabinet si consta in urmatoarele:**Reprezentant legal Nume, prenume**Data Semnătura**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------****Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex de protezare auditivă şi audiologie******în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023****Subsemnatul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex de* ***de protezare auditivă şi audiologie****…………………………………………………………………..…**situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,* *str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa* ***de protezare auditivă şi audiologie****a)spaţiu cu atenuare fonică, cu suprafeţe care să atenueze reflexia sunetului (inclusiv pardoseala);**b)audiometru care să permită audiometria tonală cu conducere aeriană, osoasă şi vocală;**c)otoscop sau videootoscop;**d)posibilităţi de amprentare pentru personalizarea olivelor protezelor auditive;**e)computer cu softuri de reglaj pentru aparatele auditive pe care le comercializează şi le adaptează personalizat pacienţilor;**f)posibilităţi de audiometrie în câmp liber (tonală şi vocală) şi/sau Real Ear Measurement REM (măsurare pe ureche reală).**Reprezentant legal Nume, prenume**Data Semnătura****Declarație pe proprie răspundere privind dotarea minimă obligatorie cabinetului conex*** *de nutriţie şi dietetică* ***în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023****Subsemnatul (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului conex de de nutriţie şi dietetică* *……………………………………………………………………………………………**situat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIȘ,* *str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă obligatorie necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 1992/2023 actualizat pentru activitatea conexa de nutriţie şi dietetică* *Cabinetul de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de nutriţie şi dietetică trebuie să îndeplinească următoarele condiţii de dotare minimă:**a)instrumente necesare măsurătorilor antropometrice: panglică metrică, cântar;**b)mobilier specific: masă de birou, scaune, cuier;**c)calculator pentru baza de date cu conexiune la internet şi imprimantă;**d)opţional: plicometru, taliometru.**Reprezentant legal Nume, prenume**Data Semnătura****Model 1******MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX TEHNICA DENTARA***1. *Denumirea completă a obiectivului:*
2. *Sediu:*
3. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
4. *Adresă obiectiv:*
5. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
6. *Descriere clădire / spațiu acces:*
7. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:*1. *spaţiul de lucru, minimum două încăperi suprafata ….. mp;*
2. *vestiar suprafata ….. mp.*
3. *grup sanitar pentru personal, suprafata ……mp., prevăzut cu lavoar şi vas WC;*
4. *spaţiu pentru depozitarea temporară a deşeurilor rezultate din activităţile de tehnică dentară, condiţiilor de eliminare a acestora suprafata ……mp.,;*
5. *spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă curentă rece şi caldă suprafata ……mp.,*
6. *ventilării naturale şi/sau mecanice a spaţiului de lucru.*

*Alte încăperi:……………*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Condiţiile de dotare minimă obligatorie pentru cabinetele de tehnică dentară sunt adaptate serviciilor furnizate şi tipului de lucrări executate, conform Avizului emis de organizaţia profesională OTDR nr….din ………, cabinetul este dotat cu urmatoarele :……*1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021*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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal Nume, prenume* *Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil******În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu****Model 2******MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX FIZIOTERAPIE***1. *Denumirea completă a obiectivului:*
2. *Sediu social:*
3. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
4. *Adresă obiectiv:*
5. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
6. *Descriere clădire / spațiu acces:*
7. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:**a)acces pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii, cu respectarea normativelor de proiectare în vigoare;**b)sală de aşteptare, astfel încât pentru fiecare persoană în aşteptare să se prevadă un spaţiu de minimum 2 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru adulţi, şi 3 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru copii, inclusiv pentru persoane însoţitoare;**c)sală de fizioterapie a cărei suprafaţă utilă va asigura cel puţin 4,5-5 mp pentru fiecare pacient, cu aerisire naturală directă, cu pardoseală din parchet, scândură sau mochetă cu strat amortizor;**d)cabină de duş prevăzută cu apă caldă;**e)spaţiu separat pentru dezbrăcat-îmbrăcat;**f)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru personal;**g)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru pacienţi, care va avea acces din sala de aşteptare;**h)spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă rece şi caldă curentă şi asigurarea ventilării naturale şi/sau mecanice;**i)iluminat şi ventilaţie corespunzătoare a tuturor spaţiilor;**j)finisajele vor fi din materiale lavabile, impermeabile.**Alte încăperi*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii condiţii de dotare minimă obligatorie****:**a)1 spalier;**b)2 saltele;**c)oglindă de perete;**d)1 masă de examinare/de terapie simplă;**e)1 bancă;**f)2 instalaţii-montaje scripete cu contragreutăţi;**g)greutăţi de diverse mărimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice;**h)minimum 3-4 dispozitive pentru recuperare funcţională din grupa „dispozitive ajutătoare“ (de exemplu: pedalier, planşetă basculantă, giroplan, levier pentru cvadriceps, roată şi scăriţă pentru umăr, placă canadiană, placă pentru abilităţile mâinii etc.);**i)cântar pentru persoane;**j)alte dotări: trusa de urgenţă standard (conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 427/2002 pentru aprobarea componenţei trusei sanitare şi a baremului de materiale, ce intră în dotarea posturilor de prim ajutor fără cadre medicale).**Alte dotari :* 1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021*1. *Suprafețe: paviment, pereți, mobilier*
2. *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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal Nume, prenume* *Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil******În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu****Model 3****MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX**🞎 PSIHOLOGIE 🞎 LOGOPEDIE 🞎 TERAPIE VOCALĂ 🞎 SOCIOLOGIE MEDICALĂ*1. *Denumirea completă a obiectivului:*
2. *Sediu social:*
3. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
4. *Adresă obiectiv:*
5. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
6. *Descriere clădire / spațiu acces:*
7. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:**a)acces pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii, cu respectarea normativelor de proiectare în vigoare;**b)sală de aşteptare, astfel încât pentru fiecare persoană în aşteptare să se prevadă un spaţiu de minimum 2 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru adulţi, şi 3 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru copii, inclusiv pentru persoanele însoţitoare;**c)iluminat şi ventilaţie corespunzătoare a tuturor spaţiilor;**d)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru personal;**e)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru pacienţi, care va avea acces din sala de aşteptare;**f)spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă rece şi caldă curentă.**Alte încăperi*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii condiţii de dotare minimă obligatorie****:* *A.****Cabinetul de psihologie - psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională şi psihopedagogie specială:****a)minimum două probe de evaluare psihologică avizate care trebuie să măsoare constructe psihologice diferite, care să răspundă principiului responsabilităţii, să acopere obiectul de activitate al cabinetului de psihologie;**b)laptop;**c)imprimantă;**d)mijloace de înregistrare;**e)mobilier curent adaptat obiectului de activitate al cabinetului de psihologie.* *B.****Cabinetul de logopedie****:**a)mobilier curent şi scaune de diverse dimensiuni adaptate vârstei copilului;**b)oglindă fixată pe perete;**c)măsuţă/pupitru plasat(ă) în faţa oglinzii;**d)alfabet (din carton, magnetic, din lemn etc.);**e)cărţi cu imagini specifice sau seturi de imagini organizate pe domenii (fructe, legume, plante, animale domestice şi sălbatice, culori, forme geometrice, obiecte din casă sau din curte, piese de vestimentaţie, părţile corpului, obiecte de igienă etc.);**f)figurine din plastic (animale, legume, fructe);**g)caiete de desen şi caligrafie, creioane-carioci-acuarele, cărţi sau fişe de colorat, fişe pregrafice;**h)jocuri pentru învăţarea regulilor;**i)instrumente muzicale (fluier, tobă, muzicuţă etc.);**j)jocuri tip puzzle, cuburi, cifre (carton, lemn, magnetice etc.);**k)jocuri de asamblare (lego);**l)jocuri pentru abilităţi manuale (decupaje, cusut, completat, îmbinat etc.), foarfecă, hârtie colorată, joc memory etc.;**m)trusă logopedică;**n)programe specifice;**o)programe structurate de terapia limbajului sau softuri pentru stimularea dezvoltării limbajului, corectarea tulburării de pronunţie, stimularea achiziţiei şi dezvoltării cititului, scrisului şi calculului matematic, de dezvoltare a conştiinţei fonologice şi a funcţiilor executive;**p)opţional: echipament IT, cu posibilitatea instalării unor programe informatice specializate pentru logopedie.* *C.****Cabinetul de sociologie medicală:****a)chestionare de evaluare a calităţii vieţii (WHO QoL-BREF, SF - 36 etc.);**b)chestionare de evaluare a satisfacţiei pacientului;**c)chestionare de evaluare a stresului perceput (de exemplu: PSS);**d)sistem desktop, PC, imprimantă, multifuncţional;**e)conexiune la internet;**f)mobilier de birou.* *D.****Cabinetul de terapie vocală:****a)chestionare pentru autoevaluarea vocii;**b)scale de evaluare perceptuală a vocii;**c)programe de analiză acustică, de exemplu: PRATT;**d)instrumente necesare pentru diferite tehnici de reabilitare vocală: paie de diferite dimensiuni, dispozitive pentru* *Alte dotari :* 1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021*1. *Suprafețe: paviment, pereți, mobilier*
2. *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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal Nume, prenume* *Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil*** ***În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu****Model 4******MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX optica optometrie*** 1. *Denumirea completă a obiectivului:*
2. *Sediu social:*
3. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
4. *Adresă obiectiv:*
5. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
6. *Descriere clădire / spațiu acces:*
7. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:**a)acces pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii, cu respectarea normativelor de proiectare în vigoare;**b)sală de aşteptare, astfel încât pentru fiecare persoană în aşteptare să se prevadă un spaţiu de minimum 2 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru adulţi, şi 3 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru copii, inclusiv pentru persoanele însoţitoare;**c)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru personal;**d)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru pacienţi, care va avea acces din sala de aşteptare;**e)spaţiu de lucru, care va avea pe una dintre laturi lungimea de minimum 5 m şi va avea asigurat lavoar cu apă curentă rece şi caldă;**f)spaţiu pentru depozitarea materialelor necesare în desfăşurarea activităţii;**g)spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă rece şi caldă curentă şi asigurarea ventilării naturale şi/sau mecanice;**h)finisajele vor fi din materiale lavabile, impermeabile;**În cadrul cabinetului de liberă practică conexă actului medical, autorizat sanitar, se acceptă doar activităţi comerciale corespunzătoare domeniului de activitate.**Alte încăperi*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii condiţii de dotare minimă obligatorie****:* *A.****Cabinetul de optică:****a)optotip de distanţă şi aproape;**b)cutie cu lentile de probă;**c)biomicroscop;**d)aplanotonometru (sau alte aparate pentru măsurarea presiunii intraoculare);**e)oftalmoscop direct;**f)lentilă Volk de 90 D;**g)autorefractometru.* *B.****Cabinetul de optometrie****:**a)optotip de distanţă şi aproape;**b)autokeratorefractometru;**c)biomicroscop;**d)trusă de lentile aeriene de probă;**e)trusă de lentile de contact de probă;**f)riglă pentru măsurarea distanţei interpupilare.**Alte dotari :* 1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021*1. *Suprafețe: paviment, pereți, mobilier*
2. *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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal*  *Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil******În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu****Model 5***1. ***MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX protezare si ortezare***
2. *Denumirea completă a obiectivului:*
3. *Sediu social:*
4. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
5. *Adresă obiectiv:*
6. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
7. *Descriere clădire / spațiu acces:*
8. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:**a)acces pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii, cu respectarea normativelor de proiectare în vigoare;**b)sală de aşteptare, astfel încât pentru fiecare persoană în aşteptare să se prevadă un spaţiu de minimum 2 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru adulţi, şi 3 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru copii, inclusiv pentru persoanele însoţitoare;**c)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru personal;**d)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru pacienţi, care va avea acces din sala de aşteptare;**e)spaţiul de lucru va fi racordat la o sursă de apă curentă rece şi caldă;**f)spaţiu pentru depozitarea materialelor necesare în desfăşurarea activităţii;**g)spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă rece şi caldă curentă şi asigurarea ventilării naturale şi/sau mecanice;**h)finisajele vor fi din materiale lavabile, impermeabile;**În cadrul cabinetului de liberă practică conexă actului medical, autorizat sanitar, se acceptă doar activităţi comerciale corespunzătoare domeniului de activitate.**Alte încăperi*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii condiţii de dotare minimă obligatorie****:* ***Dotarea cabinetului de liberă practică*** *pentru servicii publice conexe actului medical de protezare-ortezare se realizează în funcţie de operaţiunile executate în cabinet care constau in urmatoarele:**Alte dotari :* 1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021*1. *Suprafețe: paviment, pereți, mobilier*
2. *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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal Nume, prenume* *Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil******În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu****Model 6******MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX protezare auditiva si audiologie*** 1. *Denumirea completă a obiectivului:*
2. *Sediu social:*
3. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
4. *Adresă obiectiv:*
5. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
6. *Descriere clădire / spațiu acces:*
7. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:**a)acces pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii, cu respectarea normativelor de proiectare în vigoare;**b)sală de aşteptare, astfel încât pentru fiecare persoană în aşteptare să se prevadă un spaţiu de minimum 2 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru adulţi, şi 3 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru copii, inclusiv pentru persoanele însoţitoare;**c)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru personal;**d)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru pacienţi, care va avea acces din sala de aşteptare;**e)spaţiu pentru depozitarea materialelor necesare în desfăşurarea activităţii;**f)spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă rece şi caldă curentă şi asigurarea ventilării naturale şi/sau mecanice;**g)finisajele vor fi din material lavabil, impermeabil. În spaţiul unde se desfăşoară activităţi de audiometrie, finisajul poate să fie din material antifonic;**În cadrul cabinetului de liberă practică conexă actului medical, autorizat sanitar, se acceptă doar activităţi comerciale corespunzătoare domeniului de activitate.**Alte încăperi*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii condiţii de dotare minimă obligatorie****:**a)spaţiu cu atenuare fonică, cu suprafeţe care să atenueze reflexia sunetului (inclusiv pardoseala);**b)audiometru care să permită audiometria tonală cu conducere aeriană, osoasă şi vocală;**c)otoscop sau videootoscop;**d)posibilităţi de amprentare pentru personalizarea olivelor protezelor auditive;**e)computer cu softuri de reglaj pentru aparatele auditive pe care le comercializează şi le adaptează personalizat pacienţilor;**f)posibilităţi de audiometrie în câmp liber (tonală şi vocală) şi/sau Real Ear Measurement REM (măsurare pe ureche reală).**Alte dotari :* 1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021**dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar*1. *Suprafețe: paviment, pereți, mobilier*
2. *Sterilizare-dezinfecție dupa caz*
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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal Nume, prenume* *Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil******În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu****Model 7******MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL CONEX nutritie si dietetica*** 1. *Denumirea completă a obiectivului:*
2. *Sediu social:*
3. *Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:*
4. *Adresă obiectiv:*
5. *Profilul activităţii: cabinet conex de ......*
6. *Descriere clădire / spațiu acces:*
7. *Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1992/2023*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii specifice de autorizare****:**a)acces pentru persoanele cu dizabilităţi locomotorii, cu respectarea normativelor de proiectare în vigoare;**b)sală de aşteptare, astfel încât pentru fiecare persoană în aşteptare să se prevadă un spaţiu de minimum 2 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru adulţi, şi 3 mp/persoană, în cazul cabinetelor pentru copii, inclusiv pentru persoanele însoţitoare;**c)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru personal;**d)grup sanitar dotat cu lavoar şi vas WC pentru pacienţi, care va avea acces din sala de aşteptare;**e)spaţiu pentru depozitarea materialelor necesare în desfăşurarea activităţii;**f)spaţiu destinat depozitării şi prelucrării sanitare a materialelor şi a ustensilelor de curăţenie, cu asigurarea unui lavoar cu apă rece şi caldă curentă şi asigurarea ventilării naturale şi/sau mecanice;**g)finisajele vor fi din material lavabil, impermeabil;**h)în cadrul cabinetului de liberă practică conexă actului medical, autorizat sanitar, se acceptă doar activităţi comerciale corespunzătoare domeniului de activitate.* *Alte încăperi*1. *Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii*

*Cabinetul indeplineste* ***condiţii condiţii de dotare minimă obligatorie****:**a)instrumente necesare măsurătorilor antropometrice: panglică metrică, cântar;**b)mobilier specific: masă de birou, scaune, cuier;**c)calculator pentru baza de date cu conexiune la internet şi imprimantă;**d)opţional: plicometru, taliometru.**Alte dotari :* 1. *Dotare cu materiale sanitare*

*- dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar;**- materiale şi produse de întreţinere şi curăţare, utilizându-se echipamente profesionale de curăţenie, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.761/2021**dispenser de săpun lichid, dispenser pentru dezinfecţia mâinilor şi dispenser pentru prosoape de hârtie, montate la fiecare lavoar*1. *Suprafețe: paviment, pereți, mobilier*
2. *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, canalizare, iluminat, încălzire: acces la electricitate, apă potabilă, şi instalaţii pentru colectarea şi evacuarea corespunzătoare a apelor uzate;*
6. *Numărul şi structura personalului:*

*Data întocmirii: Reprezentant legal Nume, prenume Semnătură****Memoriul tehnic va fi tehnoredactat, lizibil******În schița cu detalii de structură funcțională*** *se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, , spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu* |  |