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

*Anexa 3*

***Directia de Sanatate Publica Timis***

***Înregistrare Avize autorizare***

***Nr. .........../R din …...... /......... / 2021***

**Cerere autorizatie sanitara de functionare**

 **pentru alte activitati referitoare la sanatatea umana cod CAEN 8690**

 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 in baza referatului de evaluare**

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

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

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

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

 Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

 a) memoriul tehnic privind descrierea obiectivului, a activitatilor care se desfasoara, si dotari specific profilului 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) in care destinatia spatiului sa fie conforma cu activitatea desfasurata

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

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

 e) actul de înfiinţare al solicitantului Certificat de înregistrare, cod fiscal

 f) certificat constator Registrul comerţului extins pentru sediile lucrative,

 g) avizul Colegiului medicilor pentru cabinet medical -daca e cazul

 h) contract deşeuri medicale dacă e cazul

 g) chitanţa de plată a tarifului de autorizare nr. **……………..............................** din data de **.....................................**, în valoare de **300** lei.

 chitanţa de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 50 lei.

 h) alte documente care sa ateste indeplinirea cerintelor legale incidente domeniului ……………………

**Documentele specificate în cerere sunt obligatorii pentru înregistrarea documentaţiei, se vor depune în original sau în copie cu menţiunea ,,conform cu originalul", vor fi semnate de către solicitan, în dosar cu şină şi numerotate începând cu prima filă.**

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.**

**Pot fi informat / notificat pentru completari la e-mail: fax:**

**sau** **scrisoare recomandata la adresa:**

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

Data (completării) ....................... Semnătura **solicitant**

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

COMPARTIMENT DE AVIZE ȘI AUTORIZARE

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

Verificat

OPIS

(pentru *autorizaţie sanitară cu evaluare*)

1. cerere conform anexei nr. 3 la .............
2. dovada de plată a tarifului de autorizare - extras de cont bancar **300 lei** la ...............
3. chitanţa de plată a taxei de urgenţă la ...............
4. copie BI/CI reprezentant legal si /împuternicit la ..............
5. împuternicire după caz la ..............
6. memoriul tehnic tehnoredactat conform *model anexat* la ..............
7. schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate la ..............

*(se va preciza destinatiei incaperilor, suprafata lor, specialitatile medicale, spatiului comun cu alt cabinet autorizat in concordanta cu datele din memoriu tehnic si contractul de spatiu, circuite)*

1. Declaratie privind dotarea cabinetului conform OMS nr. 153/2003 *(model anexat)* la ……….
2. planul de situaţie cu încadrarea în zonă la ..............
3. actul de înfiinţare al solicitantului la .............
* Certificat de înregistrare, cod fiscal la .............
* certificat constator registrul comerţului pentru sediile lucrative la .........................
* Actul constitutiv, statutul
* \*pentru Asociatii, Fundatii, Organizatii
	1. Hotărârea judecătorească de înfiinţare/Certificat de inscriere a persoanei juridice fara scop patrimonial in Registrul Special de Asociatii *conform Legii nr. 245/2005 cu modificari si completari ulterioare* / Incheiere civila de inregistrare judecatorie
	2. Horărârea statuară a organelor de conducere
1. acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului;
* extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) la .......................
* Contract închiriere/ comodat/ concesiune adaptat tipului de activitate desfăşurat la ............
* declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu la ......................
1. pentru cabinete medicale:
* avizul Colegiului medicilor la .......................
* certificat membru si aviz anual al Colegiului medicilor pentru toate activitatile autorizate la ......
* contract deşeuri medicale dacă e cazul la .......................
* dovada de la registrul comerţului că societatea are obiect unic de activitate medicală la ...............
* document justificativ care atestă calitatea de medic a administratorului sau cel puţin o treime din consiliul de administraţie pentru cabinete medicale organizate ca SRL la .................
* pentru unitățile cu spitalizare de zi: farmacie proprie în structură sau contract cu o farmacie autorizată, în funcție de serviciile oferite la ................
1. 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 ...….

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

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

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

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

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

VERIFICAT

PERSONAL DE SPECIALITATE

**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. TIMIS .**

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

**MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL**

1. **Denumirea completă a obiectivului:**
2. **Sediu:**
3. **Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:**
4. **Adresa obiectiv**
5. **Profilul activităţii:**
6. **Descriere cladire/ spatiu acces;**
7. **Circuitele functionale (enumerare.spatii.cu.destinatie si suprafete) conform ordin MS nr. 1338/2007**

**Nr. incaperi si destinatia lor/suprafata(mp):**

**Cabinet medical consultatii in specialitatea/specialitatile cu suprafata de mp,**

**Sala de tratament**

**Sala de asteptare**

**Magazie/depozit materiale / ustensile de curatenie**

**Vestiar**

**Birou**

**Alte incaperi**

**Grupuri sanitare: personal /pacienti**

**Se vor preciza specialitatile cabinetelor care functioneza in comun.**

1. **Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatura, instrumentar necesare activităţii si**

**Dotare minima obligatorie conf. Ord.M.S.Nr.153/2003 in functie de specialitate (enumerare)**

1. **Suprafete: paviment, pereti, mobilier**
2. **Sterilizare-dezinfectie**
3. **Mod de colectare, depozitare temporara si neutralizare şi a deseurilor periculoase rezultate in urma activitatii medicale**
4. **Modul de gestionare a colectării, îndepărtării deseurilor menajere (contract Retim)**
5. **Modul de asigurare şi distribuţie a apei potabile, canalizare, iluminat, incalzire :**
6. **Numărul şi structura personalului:**

Data intocmirii: NUME MEDIC

 Semnatura, Parafa

**NOTA: Memoriul tehnic** depus va fi **tehnoredactat**, cu **precizarea** activitatilor **specialitatilor** ce functioneza intr-un cabinet, spatii comune cu alt cabinet autorizat si **dotarea minima**; În acelaşi spaţiu cu destinaţia de cabinet medical nu pot fi înfiinţate mai mult de două cabinete medicale şi numai dacă se îndeplinesc condiţiile de compatibilitate între specialităţile medicale privind serviciile medicale furnizate,

**In schita cu detalii de structura functionala** se va preciza destinatiei incaperilor, suprafeta acestora, specialitatilor medicale, spatiului comun cu alt cabinet autorizat in concordanta cu datele din memoriu tehnic si contractul de spatiu

**Declaratie pe proprie raspundere privind dotarea cabinetului in conformitate cu prevederile OMS nr. 153/2003 actualizat**

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

in calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului

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

situat in localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, jud. TIMIS,

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

declar pe proprie raspundere ca detin dotarea minima necesara functionarii cabinetului/cabinetelor in conformitate cu prevederile OMS nr. 153/2003 actualizat pentru urmatoarea specialitate/urmatoarele specialitati:

* + - 1. *(enumerare specialitati medicale si dotare minima)*

Semnatura

Data

1. **TARIFUL pentru Autorizaţie sanitară de funcţionare cu evaluare** este de **300 lei**

**Plata se efectueaza in Contul Buget de stat** , **deschis la Trezoreria Municipiului Timisoara- COD IBAN R007TREZ62120160103XXXXX**

si sunt necesare urmatoarele:

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

-numele si adresa cabinetului medical / unitatii pentru care se solicita autorizare

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

1. Nota :

**Cabinetele medicale** inclusiv cabinetele conexe actului medical (fiziokinetoterapie, optica medicala, psihologie …) **se inregistreaza in Registrul unic al cabinetelor medicale** in conformitate cu prevederile legale OUG nr. 124/1998, si OMS nr. 153/2003 actualizat, ordin OMS 649/2019 actualizat

 **Cererea** si **opis** pentru *Certificat de inregistrare in Registrul unic* se regasesc in sectiunea “Inregistrare cabinete medicale “

 **Documentatiile pentru autorizare sanitara** si **inregistrare in Registrul Unic** **se pot depune la aceeasi data** , certificatul de inregistrare in Registrul unic se elibereaza dupa emiterea autorizatiei sanitare de functionare

Documentatiile se inregistreaza la sediul DSP Timis, str. Lenau nr. 10 astfel:

-Autorizatia sanitara de functionare la cam. 16 Compartiment Avize Autorizare

-Certificat de inregistrare Registrul Unic la cam. 17 Registratura

…………………………………………………………………………………………………

1. **Completare documentatie autorizatie**

Documentele solicitate de către personalul de specialitate se depun în completare de către petent la sediul DSP Timiş, str. Lenau, nr. 10, camera 16, 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 si in termen de valabilitate la data emiterii.

**Anexa nr. 2 la Regulament**

**Declaratie de consimtamant**

**cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal**

Ministerul Sănătății cu sediul in Bucuresti, Str. Cristian Popișteanu nr. 1-3 Sector 1 și Direcţia de Sănătate Publică Judeţeană Timiş, str. Lenau nr.10, Timișoara, operator de date cu caracter personal, prelucreaza datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, numar si serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi email, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale in vederea scopului specificat in declaratie.

Datele furnizate sunt destinate utilizarii de catre operator, sunt comunicate persoanei vizate sau reprezentantului legal al persoanei vizate si nu vor fi transferate catre alte entitati, cu exceptia autoritatilor competente de cercetare a unor fapte penale, la solicitarea acestora.

Astfel, in vederea unei prelucrari echitabile şi transparente si pentru garantarea demnității umane, a intereselor legitime și a drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate operatorul pune la dispozitie persoanei vizate urmatoarele informatii, conform Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016:

- dreptul de a cunoaste perioada pentru care vor fi stocate datele cu caracter personal conform prevederilor legale, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, datele de contact ale responsabilului cu protecţia datelor;

- dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată şi datată, de rectificare, blocare, restricţionare sau ştergere a acestora (dreptul de a fi uitat), precum si a dreptului de a se opune prelucrării;

- dreptul de a retrage consimţământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimţământului înainte de retragerea acestuia;

- dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;

- dreptul de a depune o plângere în faţa autorităţi de supraveghere

Subsemnatul,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având datele de identificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor mele personale în scopul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iar aceste date corespund realităţii.

 În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale următoarelor documente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ele fiind necesare în scopul anterior menționat.

Am luat la cunoștință faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a incheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate şi, în consecinţă, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

 Am luat la cunoştinţă că datele vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016,

 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

 Data Semnatura

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