

Cerere VIZA

Subsemnatul(a), cu domiciliul în județul,
localitatea, str., nr., bl., sc., et., ap.,
posesor/posesoare al/a BI/CI serianr. 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
comerțului cu nr., având codul fiscal nr. din data **solicit :**

VIZA autorizație sanitare

pentru

situat la adresa:

având ca obiect de activitate (cod CAEN):

structura funcțională:

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- a) memoriul tehnic privind descrierea obiectivului, a activitatilor care se desfasoara, si dotari specifice profilului de activitate;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă;
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
- d) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului;
 - * extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) în care destinația spațiului sa fie conforma cu activitatea desfasurata
 - * Contract închiriere / comodat / concesiune adaptat tipului de activitate desfășurată
 - * declarația pe propria răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizare/ notificare este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu
- e) actul de înființare al solicitantului Certificat de înregistrare, cod fiscal
- f) certificat constator Registrul comerțului extins pentru sediile lucrativ, e)
- g) autorizatie sanitara de functionare
- h) contract deșeuri medicale dacă e cazul
- g) chitanța de plată a tarifului nr. din data de, în valoare de 200 lei.
chitanța de plată a taxei de urgență 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 documentației, se vor depune în original sau în copie cu mențiunea „conform cu originalul”, vor fi semnate de către solicitant, în dosar cu șină și numerotate începând cu prima filă.

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

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

fax:

sau scrisoare recomandata la adresa:

Persoana de contact Telefon.....

Data (completării)

Semnătura **solicitant**

***Menționăm că, termenul de soluționare decurge de la data depunerii documentației. complete si in termen de valabilitate la data emiterii.**

COMPARTIMENT DE AVIZE ȘI AUTORIZARE

Dosarul conține la înregistrarefile

Verificat

OPIS

(pentru viza anuală)

1. Cerere conform anexei 3 la
2. dovada de plată a tarifului de viză 200 lei la
3. dovada de plată a taxei de urgență la
4. copie BI/CI reprezentant/împuternicit la
5. împuternicire după caz la
6. autorizația sanitară de funcționare în copie la
7. autorizația sanitară de funcționare 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 documentației – copie dacă e cazul la
11. planul anual de control/ întreținere/ curățare/ spălare/ dezinfecție a componentelor sistemului centralizat de alimentare cu apă – copie dacă e cazul la
12. contract deșeuri 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 notificare nr.....din

..... la

..... la

..... la

..... la

..... la

..... la

VERIFICAT

PERSONAL DE SPECIALITATE

Nota Solicitarea vizei se face cu **minimum 30 de zile înainte de expirarea valabilității autorizației sanitare de funcționare**

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a) ,.....

CNP....., în calitate de

al,

cu sediul în localitatea str.....,

nr..... Jud. având codul fiscal

.....,

cunoscând faptul că falsul în declarații este pedepsit de legea penală, declar pe proprie răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizare este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.

Adresa:

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

nr., **Jud. TIMIS .**

Data

Semnătura.....

MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL

1. Denumirea completă a obiectivului:
2. Sediul:
3. Numele persoanei fizice sau juridice deținătoare:
4. Adresa obiectiv
5. Profilul activității:
6. Descriere clădire/ spațiu acces;
7. Circuitele functionale (enumerare spațiilor, destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1338/2007

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

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

Sala de tratament

Sala de așteptare

Magazie/depozit materiale / ustensile de curățenie

Vestiar

Birou

Alte încăperi

Grupuri sanitare: personal /pacienți

Se vor preciza specialitățile cabinetelor care funcționează în comun.

8. Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activității și Dotare minimă obligatorie conf. Ord.M.S.Nr.153/2003 în funcție de specialitate (enumerare)
9. Suprafețe: paviment, pereți, mobilier
10. Sterilizare-dezinfectie
11. Mod de colectare, depozitare temporară și neutralizare și a deșeurilor periculoase rezultate în urma activității medicale
12. Modul de gestionare a colectării, îndepărtării deșeurilor menajere (contract Retim)
13. Modul de asigurare și distribuție a apei potabile, canalizare, iluminat, încălzire :
14. Numărul și structura personalului:

Data întocmirii:

NUME MEDIC

Semnatura, Parafa

NOTA: **Memoriul tehnic** depus va fi **tehnoredactat**, cu **precizarea** activităților **specialităților** ce funcționează într-un cabinet, spații comune cu alt cabinet autorizat și **dotarea minimă**; În același spațiu cu destinația de cabinet medical nu pot fi înființate mai mult de două cabinete medicale și numai dacă se îndeplinesc condițiile de compatibilitate între specialitățile medicale privind serviciile medicale furnizate,

In schita cu detalii de structura funcțională se va preciza destinației încăperilor, suprafețele acestora, specialităților medicale, spațiului comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriu tehnic și contractul de spațiu

I. TARIFUL pentru VIZA Autorizație sanitară de funcționare cu evaluare este de 200 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

II. Completare documentatie VIZA

Documentele solicitate de către personalul de specialitate se depun în completare de către petent la sediul DSP Timiș, str. Lenau, nr. 10, camera 16, însoțite de o adresă de înaintare în care se face referire la numărul inițial primit la înregistrare.

Termenul de soluționare decurge de la data depunerii documentației complete si in termen de valabilitate la data emiterii.

**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 Direcția de Sănătate Publică Județeană Timiș, 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 și 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 protecția datelor;
- dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată și datată, de rectificare, blocare, restricționare sau ștergere a acestora (dreptul de a fi uitat), precum si a dreptului de a se opune prelucrării;
- dreptul de a retrage consimțământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia;
- dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;
- dreptul de a depune o plângere în fața autorității de supraveghere

Subsemnatul, _____

_____, având datele de identificare: _____ ,

declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele personale _____ în _____ scopul

_____, iar aceste date corespund realității.

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 și, în consecință, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

Am luat la cunoștință că datele vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

Data

Semnatura
