*Anexa 3*

***Direcția de Sănătate Publică Timiș***

***Înregistrare Avize autorizare***

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

**Cerere autorizație sanitară de funcționare centru de permanență**

 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 CENTRU DE PERMANENȚĂ în spațiu pus la dispoziție de CONSILIUL LOCAL ………………..

 în spațiu pus la dispoziție de Cabinet medical MF ………………..

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

având ca obiect de activitate (cod CAEN): 8621 - Activități de asistență medicală generală

structura funcţională: Centru de permanență

**□Autorizație sanitară de funcționare cabinet MF ………………………………………….. cu nr............./…....../R din …./.…./………….**

 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 Colegiului medicilor pentru cabinet medical;

 h) contract deşeuri medicale, dacă e cazul;

 i) copie autorizație sanitară de funcționare, 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* Centru de permanență

1. cerere conform anexei nr. 3 la ..............
2. dovada de plată a tarifului de autorizare/ extras de cont bancar **500 lei** la ................
3. dovada de plată a taxei de urgenţă la ...............
4. împuternicire, după caz la ..............
5. copie BI/ CI reprezentant/ împuternicit la ..............
6. **Acordul de pricipiu al DSP Timiș privind oportunitatea înființării centrului de permenanță la .....**
7. **Hotărâre Consiliu local privind înființarea centrului de permanență - după caz la ......**
8. **Asociere medici de familie în contract cu CJAS din zona arondată semnată și parafată la......**
9. ***Declarații medici familie din zona arondată (exprimare opțiune) privind participarea centru de permanență la ...***
10. memoriul tehnic tehnoredactat conform *model anexat* la ..............
11. planul de situaţie cu încadrarea în zonă la ..............
12. schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate la ..............

*(se va preciza destinația încăperilor, suprafața lor, specialitățile medicale, spațiului comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriu tehnic și contractul de spațiu, circuite)*

1. Declarație privind dotarea centrului conform OMS nr. 697/2011 *(model anexat)* la ……….
2. acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului;
* extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) la .......................
* contract spațiu adaptat tipului de activitate desfăşurat cu proprietar în termen de valabilitate la ............
* declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu (model anexat) la ......................
1. Cod Fiscal Primarie/cabinet medical
2. Actul de înfiinţare al solicitantului cabinet medical

Certificat inregistrare in Registru unic la......

Avizul Colegiului medicilor cabinet actualizat la......

Autorizatie sanitara cabinet medical MF la......

Contract CJAS cabinete medicale la......

1. Certificat membru Colegiului medicilor + aviz anual MEDICI la......
2. contract deşeuri medicale, la .......................
3. alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale incidente domeniului 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 ...…..

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. TIMIȘ.**

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

**MEMORIU TEHNIC CENTRU DE PERMANENTA**

1. **Denumirea completă a obiectivului: Centru de permanenta**
2. **Numele persoanei fizice sau juridice solicitante : Primaria ...../medici de familie asociati**
3. **Adresă obiectiv:**
4. **Profilul activităţii: asistenta medicala primara**
5. **Descriere clădire/ spațiu acces:**

**Centru de permanenta va functiona in spatiu pus la dispozitie de Consiliu local / Cabinet medicina de familie .......**

1. **Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) conform ordin MS nr. 1338/2007 si art. 17 din OMS 697/2011**

a)într-un spaţiu pus la dispoziţie de către autorităţile administraţiei publice locale;

b)într-un cabinet medical pus la dispoziţie de unul dintre medicii de familie asociaţi, în cazul în care este disponibil un alt spaţiu decât cel destinat activităţii zilnice derulate în acel cabinet, cu circuite separate;

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

**Cabinet medical consultații cu suprafața de mp,**

**Sală de tratament cu suprafața de mp,**

**Sală de așteptare**

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

**Vestiar Birou**

**Alte încăperi- spatiu odihna**

**Grupuri sanitare: personal/ pacienți**

Se vor preciza spatiul in care centru de permanernta si cabinetelul MF care funcționeza în comun.

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: medici... + as. med.**
7. **Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii și**

**Dotare minimă obligatorie conf. Ord. M.S. Nr. 697 /2011 anexa 3 si anexa 4**

Anexa nr. 3 STANDARDE MINIMALE privind dotarea centrelor de permanenţă fixe

1. **Mobilier specific:**

a)pat/canapea de consultaţie;

b)birou pentru medic;

c)scaune;

d)măsuţă pentru instrumentar;

e)suport perfuzor.

2. **Aparatură/Echipamente pentru resuscitare - respiraţie:**

a)tuburi staţionare pentru oxigen - minimum 2 x 10 l, NTP, contor debit/ventil debit cu capacitatea maximă de cel puţin 15 l/min. şi robinet de reglare conexiune rapidă;

b)tuburi portabile pentru oxigen - minimum 5 l, NTP, contor debit/ventil debit cu capacitatea maximă de cel puţin 15 l/min. şi robinet de reglare conexiune rapidă;

c)balon ventilaţie adult/copil cu măşti de diferite mărimi şi rezervor suplimentar pentru oxigen;

d)pensă McGill de diferite mărimi;

e)defibrilator semiautomat.

3. **Aparatură monitorizare - evaluare:**

a)glucometru;

b)stetoscop;

c)tensiometru manual;

d)lampă pentru examinarea pupilelor;

e)ciocan de reflexe;

f)termometru;

g)cântar pentru sugari şi adulţi;

h)taliometru;

i)pelvimetru;

j)apăsător de limbă;

k)deschizător de gură;

l)canule rectale, uretrale, vaginale;

m)trusă completă de mică chirurgie;

n)masă ginecologică;

o)valve ginecologice şi pense de col;

p)seringă Guyon pentru spălături auriculare;

q)atele Kramer;

r)sterilizator;

s)garou;

t)aspirator mobil pentru secreţii.

4. **Materiale şi dispozitive auxiliare:**

a)materiale pentru curăţenie şi dezinfecţie;

b)materiale necesare colectării şi neutralizării deşeurilor periculoase;

c)stingător de incendiu;

d)folie supravieţuire;

e)kit naştere;

f)guler cervical.

Anexa nr. 4 TRUSA DE URGENŢĂ

1. **Materiale sanitare:**

a)sonde de aspiraţie tip Yankauer;

b)sonde de aspiraţie flexibile endotraheale, inclusiv pediatrice;

c)seringi de 5 ml şi de 10 ml;

d)truse pentru perfuzie;

e)feşe şi pansamente sterile şi nesterile;

f)truse sondaj urinar/pungi colectoare de urină;

g)container materiale ascuţite;

h)mănuşi nesterile/consult/de unică folosinţă;

i)canule intravenoase periferice, de diferite mărimi, pentru adulţi/copii.

2. **Medicamente şi soluţii:**

a)soluţii cristaloide (ser fiziologic, Ringer, glucoză 5%, glucoză 10%);

b)analgezice minore nemorfinice;

c)aspirină;

d)beta 2 mimetice inhalatorii;

e)adrenalină;

f)atropină;

g)glucoză 33%;

h)diazepam;

i)HCHS;

j)nitroglicerină spray;

k)nitroglicerină tablete;

l)xilină 1%;

m)antiemetic injectabil;

n)antiemetice orale;

o)furosemid fiole;

p)vitamina B1;

q)vitamina B6;

r)miofilin fiole;

s)antihipertensive injectabile;

t)antihipertensive orale;

u)antispastice injectabile;

v)antispastice orale;

w)antibiotice injectabile;

x)soluţii dezinfectante (alcool, iod, rivanol);

y)antihistaminice H1, H2.

Data întocmirii: NUME MEDIC

 Semnătură, Parafă

**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 schița cu detalii de structură funcțională** se vor preciza destinația încăperilor, suprafața acestora, specialitățile medicale, spațiul comun cu alt cabinet autorizat în concordanță cu datele din memoriul tehnic și contractul de spațiu

**Declarație pe proprie răspundere privind dotarea cabinetului în conformitate cu prevederile OMS nr. 697/2011 actualizat**

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

în calitate de reprezentant legal al centrului de permanenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 697/2021- Anexa 3 actualizat pentru următoarea specialitate/ următoarele specialități:

Semnătura

Data

*Declaratie medic familie privind participarea la functionarea centru de permanenta*

*Subsemnata/ul dr. ……………………………………….……….,*

*medic de familie in contract cu CJAS Timis*

*in localitatea …………………………………., adresa………………………………,*

 ***telefon ............ e-mail.........***

 prin prezenta declar urmatoarele:

* Doresc sa particip la asigurarea continuitatii asistentei medicale primare in centru de permanenta
* Nu doresc sa particip la asigurarea continuitatii asistentei medicale primare in centru de permanenta.

Am luat la cunostiinta urmatoarele prevederi legislative privind functionarea centrelor de permanenta

1. Art. 30 din ***Ordin MS nr. 697/112/2011***

*“Atribuţiile direcţiilor de sănătate publică privind funcţionarea centrelor de permanenţă sunt următoarele:*

*a)să emită deciziile de înfiinţare a centrelor de permanenţă;*

*b)să realizeze arondarea teritorială a localităţilor la centrele de permanenţă;*

*c)să identifice medicii de familie care îşi exprimă opţiunea de a participa la asigurarea continuităţii asistenţei medicale primare în regim de gardă prin centrele de permanenţă;”*

1. **Art. 7 din *Legea nr. 263 din 16.06.2004***

„(*1) Continuitatea asistenţei medicale primare este asigurată prin centrele de permanenţă de medici de familie, medici de medicină generală şi asistenţi medicali care îşi exercită profesia în condiţiile legii.*

*(2) Medicii prevăzuţi la alin. (1),* ***care îşi desfăşoară activitatea în localităţile arondate*** *teritorial la centrele de permanenţă, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, asigură continuitatea asistenţei medicale primare prin centrele de permanenţă, în condiţiile prezentei legi.*

*...................................*

*(7)* ***În situaţia în care nu pot să participe la asigurarea continuităţii asistenţei medicale primare prin centrele de permanenţă, în condiţiile prezentei legi****, sau nu pot respecta programarea avizată de către direcţiile de sănătate publică ori direcţiile medicale din structura ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, după caz,* ***medicii asigură înlocuirea lor de către un alt medic, cu informarea, în scris, a direcţiilor de sănătate publică*** *sau a direcţiilor medicale din structura ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, după caz.*

1. Art. 14^1 din Legea nr. 263 din 16.06.2004

(*1)În cazul în care medicii de familie nu respectă prevederile art. 7 alin. (2) şi (7), casele de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală diminuează lunar, cu 10%, valoarea minimă garantată a punctului per capita, respectiv venitul lunar al medicilor nou-veniţi într-o localitate, stabilit în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.*

 *(2)Dispoziţiile alin. (1) se aplică până la data încheierii de către medicul de familie şi casa de asigurări de sănătate a contractului distinct pentru asigurarea continuităţii asistenţei medicale primare prin centrele de permanenţă, în condiţiile prezentei legi.*

1. Art. 8 din Legea nr. 263 din 16.06.2004

*(1)* ***Centrele de permanenţă funcţionează cu un număr de minimum 7 posturi de medic şi cu minimum 5 posturi de asistent medica****l.*

*(1^1)Prin excepţie de la prevederile alin. (1), în zonele din mediul rural izolate, greu accesibile şi fără alte structuri de asistenţă medicală, în care este înregistrat un deficit de medici de familie, se pot înfiinţa şi centre de permanenţă cu minimum 5 posturi de medic, în condiţiile asigurării funcţionării centrului de permanenţă.*

 *(2)****În situaţia în care medicii de familie nu pot fi asiguraţi din unităţile administrativ-teritoriale respective*** *sau din unităţile sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie,* ***pot participa la asociere medici din unităţile administrativ-teritoriale, altele decât cele arondate centrului.***

*(3)Direcţiile de sănătate publică, respectiv direcţiile medicale din ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, numesc pentru fiecare centru de permanenţă un medic coordonator dintre medicii de familie asociaţi.*

**Data** semnatura/parafa medic

1. **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, cod IBAN, banca; numele delegatului, datele de identificare ale delegatului: C.I. serie și număr;
* numele și adresa unității pentru care se solicită autorizare

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

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.