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

*Anexa 3*

***Direcția de Sănătate Publică Timiș***

***Înregistrare Avize autorizare***

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

**Cerere autorizație sanitară de funcționare spital**

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 ............................................................................................................................................

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

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

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

**□Autorizație sanitară de funcționare anterioară 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) contract deşeuri medicale;

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

h) 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.

i) 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* SPITALE

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. copie BI/ CI reprezentant/ împuternicit la ..............
5. împuternicire, după caz la ..............
6. actul de înfiinţare al solicitantului la .............
7. structură spital aprobată de Ministerul Sănătății la .......................
8. lista sediilor pentru care se solicită autorizare la .................
9. ASF + ANEXE anterioare la ....................
10. program operaţional an anterior la ................
11. raport plan conformare anterior la ................
12. memoriul tehnic tehnoredactat (structură saloane/ paturi pe secţii spital) la ..............
13. planul de situaţie cu încadrarea în zonă la .............
14. schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate la ..............
15. acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului pentru toate sediile
    1. contract spațiu în termen de valabilitate
    2. extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) la .......................
    3. declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu (model anexat) la ......................
16. contract deşeuri medicale la .......................
17. copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul la ..............
18. asigurare malpraxis unitate sanitară la .........................
19. pentru unitățile cu spitalizare de zi: farmacie proprie în structură sau contract cu o farmacie autorizată, în funcție de serviciile oferite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VERIFICAT

PERSONAL DE SPECIALITATE

**DECLARAŢIE**

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

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

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

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

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

**cunoscând 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 ………………………….. Semnătură………………………..

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 unității pentru care se solicită 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. Notă:
2. **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.