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

*Anexa 3*

***Direcția de Sănătate Publică Timiș***

***Înregistrare Avize autorizare***

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

**Cerere autorizație sanitară de funcționare UTS**

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) certificat constatator extins sau furnizare de informații eliberate de ORC – nu mai vechi de 30 de zile;

g) contract deşeuri medicale;

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

i) 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.

j) 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 A*utorizaţie sanitară cu evaluare* pentru UTS-uri)

1. Cerere de solicitare a autorizării conform OMS nr. 607/2013, anexa 1 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. memoriu tehnic tehnoredactat la ..............
5. documentaţia privind spaţiul (numărul de încăperi, destinaţia, circuite funcţionale) la ..............
6. documentaţia privind dotarea cu aparatură şi echipamente medicale adecvate activităţii pentru care se solicită autorizarea la .............
7. documentele referitoare la structura de personal (lista personalului implicat în această activitate, calificări, precum şi numele, calificarea şi datele de contact ale coordonatorului UTS) la .........
8. documentaţia referitoare la organizarea instituţiei (organigrama, din care să reiasă subordonarea unităţii de transfuzie managerului spitalului) la ..………..
9. documentaţia referitoare la sistemul calitate (extras din manualul calităţii instituţiei din care să reiasă măsurile de asigurare a calităţii în activitatea transfuzională, numărul şi calificările personalului implicat în activitatea transfuzională la nivelul spitalului cu documente doveditoare, precum şi programul de pregătire a personalului în domeniul transfuziei sanguine) la ..............
10. documentele referitoare la respectarea sistemului de hemovigilenţă pentru raportarea, investigarea, înregistrarea şi transmiterea informaţiilor despre incidentele grave care pot influenţa calitatea şi siguranţa produselor sanguine, după caz, şi reacţiile adverse severe la ..........
11. lista procedurilor operatorii standard pentru activităţile de bază la ......................
12. programul şi documentarea îndeplinirii autoinspecţiei pentru anul anterior la ………………
13. copie autorizaţie sanitară de funcţionare anterioară, dacă e cazul la ...…………….
14. declaraţia pe propria răspundere a conducătorului unităţii sanitare cu privire la realitatea documentelor depuse, precum şi concordanţa acestora cu situaţia de la nivelul unităţii sanitare care a solicitat autorizarea, întocmită conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 la ...…
15. 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 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 ……………………...,**

**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.