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

*Anexa 3*

***Direcția de Sănătate Publică Timiș***

***Înregistrare Avize autorizare***

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

**Cerere autorizație sanitară de funcționare cabinet medical**

 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) avizul Colegiului medicilor pentru cabinet medical;

 h) contract deşeuri medicale, dacă e cazul;

 i) copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, 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* CABINETE MEDICALE

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. Avizul Colegiului medicilor cabinet conform ordinului MS nr. 153/2003 la .......................
7. actul de înfiinţare al solicitantului, sediile lucrative
* documente care atestă dobândirea personalităţii juridice - codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală

la .............

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

la .............

* + *(sedii lucrative, cod CAEN la sediu , administrator, obiect unic de activitate medicală)*
* Actul constitutiv, statutul la .....................
* \**pentru Asociații, Fundații, Organizații*
	+ 1. *Hotărârea judecătorească de înfiinţare/ Certificat de înscriere a persoanei juridice fără scop patrimonial în Registrul Special de Asociații conform Legii nr. 245/2005 cu modificări și completări ulterioare / Incheiere civilă de înregistrare judecătorie la .................*
		2. *Horărârea statuară a organelor de conducere la ...............*
1. 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. memoriul tehnic tehnoredactat conform *model anexat* la ..............
2. planul de situaţie cu încadrarea în zonă la ..............
3. schiţe cu detalii de st ructură 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 cabinetului conform OMS nr. 153/2003 *(model anexat)* la ……….
2. Certificat membru Colegiului medicilor + aviz anual MEDICI (pentru toate specialitățile medicale) la .....
3. 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 .................
4. contract deşeuri medicale, dacă e cazul la .......................
5. copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul la .................
6. certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale (unde este cazul) la ………….
7. actul doveditor privin destinaţia imobilului conform art. 6 Ord. M.S. nr. 119/2014 (unde este cazul) la ........
8. 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 CABINET MEDICAL**

1. **Denumirea completă a obiectivului:**
2. **Sediu:**
3. **Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare:**
4. **Adresă obiectiv:**
5. **Profilul activităţii:**
6. **Descriere clădire / spațiu acces:**
7. **Circuitele funcționale (enumerare spații cu 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,**

**Sală de tratament**

**Sală de așteptare**

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

**Vestiar**

**Birou**

**Alte încăperi**

**Grupuri sanitare: personal / pacienți**

**Se vor preciza specialitățile cabinetelor care funcționeza în comun.**

1. **Dotarea obiectivului cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii și**

**Dotare minimă obligatorie conf. Ord. M.S. Nr. 153/2003 în funcție de specialitate (enumerare)**

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:**

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 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,

**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. 153/2003 actualizat**

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

în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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. 153/2003 actualizat pentru următoarea specialitate/ următoarele specialități:

*enumerare specialități medicale și dotare minimă*

1.

2.

Semnătura

Data

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. Notă:

**Cabinetele medicale** inclusiv cabinetele conexe actului medical (fiziokinetoterapie, optică medicală, psihologie …) **se înregistrează în Registrul unic al cabinetelor medicale** în conformitate cu prevederile legale OUG nr. 124/1998 și OMS nr. 153/2003 actualizat, ordin OMS nr. 649/2019 actualizat

 **Cererea** și **opisul** pentru *Certificat de înregistrare în Registrul unic* se regăsesc în secțiunea “Înregistrare cabinete medicale “

 **Documentațiile pentru autorizare sanitară ș**i **înregistrare în Registrul Unic** **se pot depune în aceeași zi**, iar certificatul de înregistrare în Registrul unic se eliberează după emiterea autorizației sanitare de funcționare

Documentațiile se înregistrează la sediul DSPJ Timiș, str. Lenau nr. 10 astfel:

- Autorizația sanitară de funcționare la cam. 18 Compartiment Avize Autorizare

- Certificat de înregistrare Registrul Unic la cam. 17 Registratură

…………………………………………………………………………………………………

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.