

În conformitate cu prevederile Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1059/20.11.2003 privind declararea numinală obligatorie și evidența medicilor (publicat în MO nr. 860/12.03.2003), s-a reactualizat Registrul Național al Medicilor constituit din Registrele Teritoriale ale Medicilor care au la bază raportarea obligatorie a datelor privind medicii angajați de către unitățile sanitare publice și private din teritoriul arondat.

În acest context, Direcția de Sănătate Publică a Județului Maramureș este abilitată să acorde coduri de parafă pentru medicii care au drept de liberă practică (certificat de membru în colegiile profesionale) și își desfășoară activitatea profesională într-o unitate sanitară din Județul Maramureș.

ACTE NECESARE

Cerere tip

Copia Cărții de identitate, în termen de valabilitate

Copia Diplomei de licență

Copia Certificatului de medic specialist / medic primar

Copia Certificatului de membru în Colegiul Medicilor/ Colegiul Dentiștilor

Copia Avizului anual de exercitare a profesiei

Declarație pe propria răspundere că ” nu i s-a eliberat alt cod de parafă”

Copia documentelor de schimbare a numelui, dacă este cazul

Talon - document tipizat

Actele se depun la D.S.P. Maramureș, str. Victoriei nr. 132, etajul II, camera 15, Compartimentul RUNOS.

Pentru stabilirea conformității documentelor prezentate în copie se vor prezenta originalele acestora la depunerea dosarului.

Pentru situațiile de pierdere/furt parafă, solicitanții vor prezenta copie după anunțul pierderii parafei cu numărul și declararea nulă a acesteia, anunț ce va fi publicat într-un cotidian de circulație largă. În acet caz particular, un se completează declarația pe proprie răspundere.

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ

Subsemnata(ul)

..... inițiala tatălui
..... medic/medic specialist /medic primar în specialitatea
..... identificat(ă)
prin CNP....., și actul de identitate seria, nr.
..... eliberat de la data
de,
cu domiciliul în localitatea
str. nr. bl., sc....., ap., sectorul /
județul, telefon mobil..... ,
absolvent(ă) a/ al
..... specializarea
.....

Vă rog să-mi alocați un cod de parafă și să îmi eliberați un act de confirmare a codului de parafă.

Consimțământ prelucrare date cu caracter personal

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca D.S.P. Maramureș să utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrarea automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul Sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr.1059/2003. De asemenea, declar că am luat la cunoștință despre drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016.

Baia-Mare,

Data

.....

(semnatura)

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul / Subsemnata,
identificat/identificată cu actul de identitate seria, nr.
....., eliberat de la data de,
CNP..... cu domiciliul în localitatea
....., str. nr. bl.,
sc....., ap., sectorul / județul, declar pe propria
răspundere că nu am primit cod de parafa.

Numele și prenumele:

Semnătura:

Data: