

CĂTRE,

DIRECTIA DE SĂNĂTĂTE PUBLICĂ MARAMUREȘ**CERERE DE ÎNREGISTRARE ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE**

Subsemnatul(a) DR./Admin. _____ cod
parafă _____, CNP _____, în calitate de _____ (titular,
administrator), medic cu specializarea _____, competențe _____.

solicít : înscrierea sau modificarea în **Registrul Unic al Cabinetelor Medicale** a :

cabinetului medical individual **CMI**; cabinetului medical asociat **CMA**; cabinetului medical grupat **CMG**;
societății civile medicale **SCM**; **SRL** având denumirea:

nr.de înmatriculare la Registrul Comerțului J _____, CIF/CUI _____, cu :

Sediul social : județul/sectorul _____, localitatea _____
str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____.

Cabinet punct principal: localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____,

Punctul de lucru: localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____.

Telefon de contact: _____, email _____.

Cabinetul medical a fost înregistrat în Registrul Unic al **Cabinetelor Medicale**:

DA, nr. certificat: _____ **data:** _____; **NU**

Cabinetul a fost înregistrat în Registrul Unic al **Cabinetelor Medicale pentru servicii publice conexe actului medical** :

DA, nr. certificat: _____ **data:** _____; **NU**

Data _____

Semnătura și parafă _____

Lista documentelor necesare :**A. Cabinet medical**

a) **copie de pe autorizația sanitară de funcționare;**

b) **lista cu dotarea minimă existentă:** concordanță cu serviciile furnizate, prevăzută în Anexa nr. 4 la Ordinul MS 1670/2025;

c) **dovada deținerii legale a spațiului** în care urmează să funcționeze **cabinetul medical/cabinetul conex;**

- în cazul *cabinetelor de medicina muncii* fără personalitate juridică înființate în cadrul instituțiilor publice pentru angajații proprii, se solicită **organigrama / statul de organizare a persoanei juridice** din care trebuie să reiasă includerea în structură a serviciilor interne de prevenire și protecție a lucrătorilor/cabinetelor de medicina muncii;

- în cazul *cabinetelor din cadrul unităților de învățământ preuniversitar* se solicită **dovada emisă de unitatea administrativ-teritorială** privind organizarea respectivului cabinet;

d) **avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor Stomatologi din România,** după caz, privind înființarea cabinetului medical;

e) **certificatul de membru și viza pe anul în curs** pentru toți medicii și personalul medical din cadrul unității;

f) **diploma de medic/Diploma de licență a medicului titular;**

g) **cartea de identitate/certificat de căsătorie și sau sentință de divorț** după caz;

h) în cazul *cabinetelor înființate în baza Legii nr. 31/1990*, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este necesar **certificatul de înregistrare la registrul comerțului** cu consemnarea codului CAEN, **certificatul constatator cu consemnarea sediului cabinetului medical și statutul / actul constitutiv al societății** din care să rezulte obiectul de activitate conform art.5(OMS 1670/2025);

i) în cazul *cabinetelor înființate în cadrul asociațiilor și fundațiilor* constituite conform Ordonanței Guvernului nr. 26/2000, cu modificările și completările ulterioare, sunt necesare dovada dobândirii personalității juridice precum **certificatul de înregistrare în registrul persoanelor juridice, ori hotărârea judecătorească de înființare și statutul asociației sau fundației** în care sunt prevăzute serviciile medicale care urmează a fi furnizate;

j) în cazul *cabinetelor înființate în cadrul cultelor religioase sau lăcașelor de cult religios* este necesară **hotărârea organelor de conducere privind înființarea cabinetelor medicale** în cadrul acestora;

k) în cazul *cabinetelor de medicină sportivă* organizate conform art.6 lit. c) din Legea nr. 321/2007 în cadrul structurilor sportive, organizațiilor sportive naționale și instituțiilor publice cu atribuții în sport este necesar **documentul statutar al instituției sportive/cu atribuții în sport** în care sunt prevăzute și serviciile de medicină sportivă;

l) în cazul *cabinetelor medicale grupate sau asociate* este necesară **convenția de grupare sau asociere;**

m) în cazul *societăților civile medicale* este necesar și **contractul de asociere;**

n) în cazul *cabinetelor de radioterapie, radiologie medicală și stomatologică* este necesară și **autorizația de securitate radiologică** emisă în baza Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

o) în cazul *cabinetelor de recuperare, medicină fizică și balneologie fără personalitate juridică* din cadrul centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu pentru persoanele adulte cu dizabilități din structura instituțiilor publice de asistență socială este necesară **dovada existenței în structura acestor instituții a centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu pentru persoanele adulte cu dizabilități;**

p) în cazul cabinetelor medicale în cadrul cărora urmează să își desfășoare activitatea personal autorizat pentru furnizarea serviciilor medicale, este necesară **declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal, care cuprinde lista actualizată a personalului autorizat pentru furnizarea serviciilor medicale,** însoțită de documentele care atestă dreptul de liberă practică al acestora, cu viza în termen, potrivit legii, **precum și de contractele de muncă/colaborare;**

sau o declarație pe proprie răspundere ca, în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii certificatului de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, reprezentantul legal al cabinetelor medicale, va depune la Direcția de Sănătate Publică Maramures copia contractelor de muncă, sau a contractelor de colaborare, după caz, pentru personalul declarat.

B. Cabinet conex:

În cazul în care, în cadrul cabinetului medical va funcționa și un cabinet conex, vă rugăm să atașați și următoarele documente :

a) **lista cu dotarea minimă existentă** pentru furnizarea acestor servicii, prevăzută în Anexa nr. 2 la Ordinul MS nr. 1992/2023 pentru aprobarea condițiilor de organizare și funcționare a serviciilor publice conexe actului medical în mod independent, prin cabinete de practică, precum și a condițiilor de dotare minimă obligatorie ale acestora, cu modificările și completările ulterioare;

c) **copie de pe autorizația de liberă practică** eliberată de *direcția de sănătate publică județeană* sau a *municipiului București* sau, după caz, de *organizația profesională legal constituită*, competentă în emiterea documentelor care atestă pregătirea profesională și dreptul de liberă practică ale membrilor organizației, conform reglementărilor legale;

d) pentru serviciile publice conexe actului medical de fizioterapie, psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială, logopedie, tehnică dentară, nutriție și dietetică se va solicita **avizul organizației profesionale** cu menționarea practicilor autorizate în cadrul cabinetului, precum:

(i) Colegiul Fizioterapeuților din România pentru fizioterapeuți;

(ii) Colegiul Psihologilor din România pentru psihologi atestați în specialitățile: psihologie clinică, consiliere

psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială, precum și pentru logopezi;

(iii) Ordinul Tehnicienilor Dentari din România pentru tehnicieni dentari;

(iv) Colegiul Dieteticienilor din România pentru dieteticieni și nutriționiști;

e) în cazul cabinetelor medicale în cadrul cărora urmează să își desfășoare activitatea personal autorizat pentru exercitarea serviciilor publice conexe actului medical este necesară **declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal, care cuprinde lista actualizată a personalului autorizat pentru furnizarea serviciilor publice conexe actului medical**, însoțită de documentele care atestă dreptul de liberă practică al acestora, cu viza în termen, potrivit legii, precum și de contractele de muncă/colaborare;

sau o declarație pe proprie răspundere ca, în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii certificatului de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, reprezentantul legal al cabinetelor medicale, va depune la Direcția de Sănătate Publică Maramures copia contractelor de muncă, sau a contractelor de colaborare, după caz, pentru personalul declarat.

ACORD**PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul.....CI seria.....nr.....
 îmi exprim în mod expres acordul privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal, furnizate către **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ MARAMUREȘ**, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numărul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum și CNP-ul.

Am fost informat că prelucrarea datelor cu caracter personal de către operator, în calitate de autoritate publică, se efectuează din motive de interes public, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public.

Operatorul datelor cu caracter personal **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ MARAMUREȘ** este o instituție publică cu personalitate juridică care își desfășoară activitatea pe teritoriul **MARAMUREȘ** în scopul realizării politicilor și programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicina preventivă și a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate și a organizării statisticii de sănătate, precum și a planificării și derulării investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate, cu sediul social la adresa: **Baia Mare, str. Victoriei nr 132, România, email: dspj.maramures@dspm.ro**.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că operatorul și entitățile împuternicite de operator pentru prelucrarea datelor au stabilit măsuri privind securitatea datelor tehnice și proceduri de management intern, precum și măsuri de protecție fizică a datelor pe care le stochează, conform standardelor acceptate în domeniu, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea, integritatea și accesibilitatea datelor mele cu caracter personal prelucrate. Măsurile instituite au ca scop prevenirea utilizării sau accesului neautorizat la datele mele cu caracter personal sau prevenirea încălcării securității datelor mele cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, instrucțiunile, politicile și legislația aplicabilă datelor cu caracter personal.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că, datele mele cu caracter personal pot fi puse la dispoziția următoarelor categorii de destinatari: angajații sau reprezentanții autorizați ai operatorului și persoanelor împuternicite către care operatorul a externalizat furnizarea anumitor servicii și partenerilor acreditați, autorităților publice, cu respectarea prevederilor prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 și legislației naționale.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relației cu operatorul, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public, sau a acordului exprimat, și, după finalizarea acesteia, cel puțin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispozițiile legale privind arhivarea.

Declar că acordul este exprimat voluntar și că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea datelor mele cu caracter personal se realizează doar pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiez de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la ștergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul de opoziție, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimțământul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că îmi pot exercita drepturile descrise anterior, conform prevederilor legale, fie în mod individual, fie cumulativ, prin simpla transmitere a unei solicitări către operatorul de date, prin intermediul serviciului de poștă electronică, la adresa..... sau la adresa de corespondență.....

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu următoarele date de contact: B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30 Sector 1, cod poștal 010336 București, România, email: anspdcp@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318 059.212, fax: +40.318.059.602.

Data _____

Semnătură _____