

## Catre Directia de Sanatate Publica Maramures

Subsemnatul....., reprezentant legal al  
..... cu sediul în localitatea  
..... Str. .... nr. ...., Telefon  
....., e-mail....., solicit **autorizarea** pentru  
examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de  
autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu ordinul MS nr. 1159 din 2010 pentru următoarele  
specialități:

- **Medicină internă da / nu**
- **Oftalmologie da / nu**
- **ORL da / nu**
- **Neurologie da / nu**
- **Psihiatrie da / nu**
- **Ortopedie-traumatologie da / nu**
- **Pneumologie da/nu**

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

a) *certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform legislației în vigoare;*

b) *autorizația sanitară de funcționare, conform legii/raport sau proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare, după caz;*

c) *dovada deținerii unui spațiu de care dispune în mod legal;*

d) *dovada achitării contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;*

e) *dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;*

f) *dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, în baza unui contract individual de muncă/contract de prestări servicii;*

g) *dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;*

h) *pentru asistenții medicali, autorizație de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;*

i) *dovada că fiecare angajat medico-sanitar deține asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;*

j) *dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;*

k) *documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreținerea și verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.*

Documentele în copie vor avea mențiunea conform cu originalul, stampila unitatii si semnatura reprezentant legal .

Ma oblig, în scris sa comunic Directiei de Sanatate Publica Maramures, în termen de 5 zile lucratoare, orice modificare a conditiilor initiale în baza carora unitatea a fost autorizata.

**Nume prenume reprezentant legal .....**

Semnatura reprezentat legal/ stampila unitatii

**Data**