



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ

430076, Baia Mare, str. Victoriei nr 132, România

Tel: (004) 0262/276501, Fax: (004) 0262/276002; E-mail: dspj.maramures@dspm.ro;

Nr...../...../2025

CERERE pentru eliberarea autorizației sanitare de funcționare

CABINET MEDICAL CONEX

Subsemnatul(a),, cu domiciliul în localitatea, sector/județul, str. nr., bl. sc. et. ap., posesor/posezoare al/a BI/CI seria nr., eliberat de la data de, în calitate de al, cu sediul în str. nr. bl. sc. ap. sector/judet telefon, e-mail@....., înmatriculată la registrul comerțului sub nr., având codul fiscal nr. din, **solicit:**

Autorizația sanitară în baza referatului de evaluare conform ORDIN nr. 1.992 din 14 iunie 2023
pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000

Pentru punctul de lucru (denumire cabinet conex)....., situat la (adresa) localitatea sector/județul str. nr., bl. sc. et. ap., având ca obiect de activitate (cod CAEN)..... - alte activități referitoare la sănătatea umană, structura funcțională:

Cabinet conex de : ☐audiologie ☐fizioterapie ☐logopedie ☐nutritie si dietetica ☐optica optometrie ☐protezare auditiva ☐protezare – ortezare
☐psihologie ☐tehnica dentara ☐terapie vocală ☐sociologie.

☐Autorizație sanitară de funcționare anterioară cu nr...../...../R din/...../.....(dupa caz).

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- a) documentația tehnică :
- memoriu tehnic privind descrierea obiectivului și a activităților care se desfășoară
 - schițe cu detalii de structură funcțională și organizatorică din care să reiasă că sunt respectate cerințele din anexa 2 la Ordinul 1992/2023
 - lista cu dotarea minimă obligatorie din anexa 2 la Ordinul 1992/2023
- b) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului, acceptul vecinilor, asociației de proprietari după caz în copie conform cu originalul; (extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile), în care destinația spațiului să fie conformă cu activitatea; contract închiriere / comodat / concesiune adaptat tipului de activitate desfășurat; declarația pe propria răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizare este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu);
- c) actul doveditor destinație imobilului (autorizație de construcție, etc.) conform- art.6 Ord. M.S.nr.119/2014; (unde este cazul) în copie conform cu originalul;
- d) planul de încadrare 1:500 sau 1:2000 cu încadrarea în zonă cu menționarea vecinătăților, după caz în copie conform cu originalul;
- e) certificat de înregistrare al societății de la Registrul Comerțului în copie conform cu originalul
- f) certificatul constatator de la Registrul Comerțului în copie conform cu originalul pentru punctul de lucru;
- g) contract colectare și incinerare deșeurilor medicale în copie conform cu originalul (unde este cazul) ;
- h) chitanța de plată a tarifului de autorizare sanitară nr. din data de, în valoare de **500 Ron** (plata se face la bugetul statului); dovada plății de urgență nr. din data de, în valoare de **150 Ron** (plata se face în contul DSP Maramures).
- i) alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale în domeniu

*** Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

Dosarul cuprindpagini, din care în original.

***Menționăm că, termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentației.**

Data/...../.....

Semnătură



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ

430076, Baia Mare, str. Victoriei nr 132, România

Tel: (004) 0262/276501, Fax: (004) 0262/276002; E-mail: dspj.maramures@dspmm.ro; avize.autorizatii@dspmm.ro



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@dspmm.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, beneficiaz 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/...../.....

Semnătura



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ

430031, Baia Mare, str. Victoriei nr 132, România

Tel: (004) 0262/276501, Fax: (004) 0262/276002; E-mail: dspj.maramures@dspm.ro; avize.autorizatii@dspm.ro

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a),
CNP....., în calitate de.....,
al,
cu sediul în localitatea str.....,
nr..... Județul.,
având codul fiscal,

cunoscând faptul că falsul în declarații este pedepsit de legea penală, declar pe proprie răspundere că
spațiul pentru care se solicită autorizare este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.

Adresa:

Localitatea....., Str.,
nr. Județul..... .

Data/...../.....

Semnătură