

ACTE NECESARE COD PARAFĂ

- cerere în care se vor preciza și datele de contact;
- copia actului de identitate;
- copie după Diploma de licență ;
- copie după Certificatul de membru al Colegiului medicilor / dentistilor;
- dovada că prestează activitate în județul Maramureș (adeverință eliberată de unitate, copie contract de muncă, etc)
- declarație pe propria răspundere ca ” **nu i s-a eliberat alt cod de parafă**”
- copie după documentele de schimbare a numelui, unde este cazul
- talonul statistic de înregistrare medici

Toate actele unde se specifică copie, vor fi însoțite de originale pentru certificarea conformității!

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 /

judetul, 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:

TALON STATISTIC ÎNREGISTRARE MEDICI																
1	NUME ANTERIOR CĂSĂTORIE /DIVORȚ															
2	NUME ACTUAL															
3	INIȚIALA TATĂLUI															
4	PRENUME															
5	CNP															
6	TELEFON															
7	FACULTATEA ABSOLVITĂ	MG					STOM									
8	ANUL ABSOLVIRII FACULTĂȚII															
9	DIN LOCALITATEA															
10	AN EXAMEN REZID./SPECIALIST/PRIMAR															
11	Nr. ORDIN DE CONFIRMARE EXAMEN AL M.S.															
12	SPECIALITATEA MEDICALĂ															
13	LOC MUNCĂ	CABINET MEDICAL IND./SOC. MED														
		SPITAL														
		AMBULATORIU														
14	ADEVERINȚĂ SALARIAT	Nr..... din data														
15	UNITATEA SANITARĂ EMITENTĂ															
	COD REGISTRUL UNIC (certificate emis de DSP)															
16	DECLAR PE PROPRIE RĂSPUNDERE CĂ NU AM PRIMIT PÂNĂ ÎN PREZENT ALT COD DE PARAFĂ(inclusive de altă DSP)															
17	DECLAR PE PROPRIE RĂSPUNDERE CĂ AM PIERDUT/MI-A FOST FURATĂ PARAFA,ȘI ANEXEZ ANUNȚUL PUBLICAT ÎN DATA DE															
SEMNATURA																
DATA DEPUNERII DOCUMENTATIEI																

ACTE NECESARE COD PARAFĂ, ÎN CAZ DE PIERDERE

- cerere în care se vor preciza și datele de contact;
- copia actului de identitate;
- copie după Diploma de licență + copie după adeverință de medic specialist/primar
- copie după Certificatul de membru al Colegiului medicilor / dentistilor;
- dovada că prestează activitate în județul Maramureș (adeverință eliberată de unitate, copie contract de muncă, etc)
- dovada anunțului dat în unul din ziarurile locale privind pierderea sau furtul parafei
- copie după documentele de schimbare a numelui, unde este cazul .
- talonul statistic de înregistrare medici

Toate actele unde se specifică copie, vor fi însoțite de originale pentru certificarea conformității!

Catre,

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI
MARAMURES

Subsemnata(ul) dr.....,

avand CNP....., cu domiciliul in

.....Str.....,

nr....., judetul....., nr. tel....., absolvent al

..... specializarea

.....va rog sa-mi eliberati un nou cod de

parafa.

Precizez ca am pierdut parafa cu codul si in acest sens am dat

anuntul in cotidianul din data de ,

dupa care anexez o xerocopie.

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.

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 am pierdut parafa cu codul _____.

Numele și prenumele:

Semnătura:

Data: