

MINISTERUL SANATATII
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA MARAMURES
430031BAIA MARE, STR. VICTORIEI, NR. 132
TEL: 0262-276501; 0262-218386 FAX: 0262-276002
E-mail: avize.autorizatii@dspm.ro; www.dspm.ro

Domnule Director,

Subsemnatul(a) - Asistent medical _____,
domiciliat(ă) în _____ str. _____, nr. _____
bl. _____, sc. _____ ap. _____ telefon _____, e-mail _____
_____ cu specialitatea As.med. _____,
codul de parafă _____, solicit a-mi aproba înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor de Practică
Independenta a:
C.P.I./C.P.I.A. _____, l. _____
str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____, et. _____ telefon _____, fax _____.

Menționez că vor fi furnizate următoarele servicii de îngrijiri medicale:

- 1.* servicii de îngrijiri medicale autonome, care pot fi prestate în cadrul rolului propriu al asistentul medical generalist, al moașei și al asistentului medical;
2. *servicii de îngrijiri medicale delegate, care pot fi prestate:
 - a)* exclusiv la prescripția medicului;
 - b)* exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment;
 - c)* la prescripția și în prezența unui medic.

*Incercuiți doar cifra și litera autorizate

Data:

Semnătura și parafa:

Anexez alăturat:

- 1.Certificat de membru eliberate de OAMMR din care să reiasă specialitatea— copie.....
- 2.Certificatul de avizare a C.P.I./C.P.I.A. eliberat de OAMMR -- ORIGINAL + copie.....
- 3.Dovadă de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare,închiriere, concesiune, comodat) pe numele cabinetului – copie..... ;
- 4.Dovada dotarii minime (declaratie si referat evaluare).....
- 5.Autorizatia sanitara de functionare - copie.....
- 6.Contract de asociere în cazul cabinetelor asociate - copie.....
7. Lista de personal medical de specialitate angajat cu contract individual de muncă ori în altă formă, diplome, certificate de membru in Colegii/Asociatii profesional