

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 **înscrisura în Registrul Unic al Cabinetelor de
Practica Independenta a:**

C.P.I./C.P.I.A. _____,
loc. _____ 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 asistentului 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:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 profesionale |
|---|

Domnule Director,

Subsemnatul(a) Dr. _____, domiciliat(ă) în _____
_____ str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____
telefon _____, e-mail _____ cu specialitatea
_____, codul de parafă _____, solicit a-mi aproba :

Schimbarea sediului: la adresa: Loc..... Str. nr.,
bl., sc., et., ap., sectorul, cu suprafața de

Înființarea/desființarea sediului/secundar la adresa: Loc..... Str.
..... nr., bl., sc., et., ap., sectorul, cu suprafața de

Schimbarea numelui

Schimbarea structurii cabinetului

Modificarea serviciilor de îngrijiri medicale autorizate

(Se vor enumera serviciile de îngrijiri medicale autorizate a fi acordate ca urmare a modificării activității cabinetului, în funcție de specializările și competențele profesionale dobândite de titular, potrivit prevederilor [anexei nr. 1](#) la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.454/2014.)

Alte modificări:

a C.P.I./C.P.I.A. _____, loc. _____
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, et. _____ telefon
_____, fax _____.

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 profesionale
8. Certificatul de inregistrare a CPI vechi -ORIGINAL