

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ CLUJ

Nr.

CERERE

Subsemnatul (a),,
cu domiciliul în localitatea, județul,
str., bl./sc./et./ap., posesor/posesoare al/a
BI/CI seria nr., eliberat(ă) de la
data de, în calitate de al,
cu sediul în, telefon,
fax, adresa e-mail,
înmatriculată la registrul comerțului sub nr., având codul fiscal
nr. din, solicit eliberarea **Autorizației Sanitare de
Funcționare în baza referatului de evaluare** pentru obiectivul (fără prescurtări):
.....
.....
situat la (adresa).....

Numele și prenumele persoanei care poate angaja legal răspunderea solicitantului
..... funcția mijloace prin
care aceasta poate fi contactat: telefon fax

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- a) memoriul tehnic;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă;
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
- d) actul de înființare al solicitantului;
- e) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului;
- f) chitanța de plată a tarifului de autorizare nr. din data de
....., în valoare de lei.

NOTĂ: După analiza dosarului de către personalul compartimentelor de specialitate, D.S.P. își rezervă dreptul de a reveni privind completarea sau solicitarea de noi documente la dosarul depus.

Petentul va fi notificat în scris și în funcție de situație, telefonic în max. 24 ore în acest sens (pentru taxa de urgență).

Am luat la cunoștință
Numele și prenumele:

Semnătura:

Data (completării)