

Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul _____ domiciliat în
localitatea: _____ str.: _____
nr.: _____ bloc: _____ etaj: _____ apartament: _____ telefon: _____;

Vă rog să binevoiți a-mi elibera „**CERTIFICATUL DE ÎNREGISTRARE**” a obiectivului*

cu **AUTORIZAȚIA SANITARĂ DE FUNCȚIONARE** nr. _____ din data de ____/____/____ situat în
localitatea: _____ str.: _____
nr.: _____ bloc: _____ etaj: _____ apartament: _____ telefon: _____.

Alăturat anexez următoarele acte:

1. Copie după **AUTORIZAȚIA SANITARĂ DE FUNCȚIONARE** (după caz - vizată pe anul în curs).
2. Copie după actul de identitate cu **CODUL NUMERIC PERSONAL** al titularului (împuternicitului) obiectivului.
3. Copie după **AUTORIZAȚIA DE LIBERĂ PRACTICĂ** medicală și **CODUL DE PARAFĂ** a titularului (împuternicitului) obiectivului.
4. Copii după autorizațiile de liberă practică a personalului medical** și codurile de parafă a tuturor medicilor ce lucrează în obiectiv.
5. Copie după **CERTIFICATUL DE AVIZARE A CABINETULUI MEDICAL** (Colegiul Medicilor).
6. Convenția de asociere sau grupare; Contractul societății civile medicale vizate de Colegiul Medicilor Județean Cluj - copie.
7. Actele constitutive ale societății – copie (pentru S.R.L. și Societăți Civile Medicale).
8. Dovada din care să reiasă că societatea are ca obiect unic de activitate furnizarea de servicii medicale, cu sau fără activități conexe (cerere de mențiuni).
9. Documente justificative care să ateste că administratorul societății comerciale sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație sunt medici (cerere de mențiuni sau statutul/contractul societății, însoțite de diploma de medic) – pentru cabinetele medicale.
10. Certificat de înmatriculare – copie (după caz).
11. Certificat de înregistrare fiscală – copie (după caz).
12. Dovada titlului de deținere a spațiului în care funcționează unitatea sanitară (contract de vânzare-cumpărare, contract de închiriere, etc.) - copie.
13. Alt personal – număr și funcția pe care o ocupă (îngrijitor curățenie, secretară etc.) _____

Data

____/____/____
zz ll aaaa

Semnătura,

* Cabinet medical, centru medical, laborator de tehnică dentară, atelier optică medicală etc. și denumirea sa (ex. Cabinet stomatologic “DENTINAS”) – vezi și denumirea din Certificatul de Avizare al Cabinetului Medical eliberat de Colegiul Medicilor.

** Se vor anexa toate autorizațiile de liberă practică a personalului sanitar ce lucrează în obiectiv: medici, asistenți medicali, chimiști, biologi, tehnicieni dentari, tehnicieni optică medicală etc.