

CĂTRE,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____ -
medic de specialitatea _____, domiciliat(ă) în
_____,
titular al cabinetului medical **cu personalitate juridică** cu sediul _____,
la adresa _____, având
codul personal (cod de parafă) _____, numărul de telefon de contact:
_____, numărul de telefon al cabinetului _____ și
adresa de e-mail: _____.

solicit emiterea certificatului anexă la certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale
partea II-a (cabinetelor medicale cu personalitate juridică), conform prevederilor Legii societăților nr. 31/1990,
republicată, cu modificările ulterioare și completările ulterioare, Ordinului M.S. nr.1670/2025, cu modificările și
completările ulterioare, coroborate cu alte reglementări legale incidente aplicabile în vigoare.

Pentru motivul:

- ***modificarea structurii funcționale*** _____;
- ***modificării listei serviciilor medicale furnizate*** _____;
- ***schimbării sediului lucrativ*** _____;

Anexez următoarele documente, prevăzute cu sintagma conform cu originalul și semnate:

➤ copie de pe autorizația sanitară de funcționare;

➤ lista cu dotarea minimă existentă în concordanță cu serviciile furnizate și cu legislația incidentă aflată în vigoare;

➤ dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul medical (în cazul cabinetelor de
medicina muncii fără personalitate juridică înființate în cadrul instituțiilor publice pentru angajații proprii, se solicită
organigrama / statul de organizare a persoanei juridice din care trebuie să reiasă includerea în structură a serviciilor
interne de prevenire și protecție a lucrătorilor/cabinetelor de medicina muncii, în cazul ***cabinetelor din cadrul unităților
de învățământ preuniversitar*** se solicită dovada emisă de unitatea administrativ-teritorială privind organizarea
respectivului cabinet;

➤ avizul structurilor teritoriale ale Colegiului Medicilor din România sau Colegiului Medicilor Stomatologi din
România, după caz, privind înființarea cabinetului medical;

➤ lista cu medicilor asociați, angajați sau colaboratori, certificat prin semnătura medicului titular;

➤ avizul anual privind exercitarea profesiei de medic, eliberat de Colegiul Medicilor din România sau Colegiul
Medicilor Stomatologi din România;

➤ declarație pe proprie răspundere cu privire locul de muncă unde titularul cabinetului are norma de bază;

➤ lista de servicii medicale furnizate.

Oradea, în data de _____

Semnătura _____