

CĂTRE,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____ -
medic de specialitatea _____, domiciliat(ă)
în _____,
titular al cabinetului medical fără 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 I-a (cabinetelor medicale fără personalitate juridică), conform prevederilor O.G. nr. 124/1998, cu modificările
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 _____