



CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Vizat :
PREȘEDINTE OAMGMAMR FILIALA ARGEȘ

NR. ÎNREG. _____ / _____

Către,
**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali
din România, Filiala Argeș**
**Comisia județeană de avizare și reavizare a Cabinetelor de Practică
Independentă**

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
_____ str. _____ nr. _____ bloc _____ scara _____ etaj _____
ap. _____ telefon _____, în calitate de titular ☐ / reprezentant legal ☐ /
administrator ☐ al _____ cu sediul social în
localitatea _____ str. _____ nr. _____, bloc _____,
sc. _____, ap. _____ județul _____ telefon _____ email _____
cu nr. de înmatriculare de la Registrul Comertului J____/_____/_____ cod fiscal _____

vă rog să-mi aprobați eliberarea:

Avizului pentru Cabinetul de Practică Independentă PRINCIPAL / SECUNDAR

- denumirea "....."
- cu forma de organizare:
 - cabinet individual de practică independentă ☐
 - cabinet medical asociat ☐
 - asociație/fundație ☐
 - SRL ☐
- adresa
 1. localitatea str nr..., bl. ., ap..., sc.... et
(sediul / punct principal = sediul cabinetului unde se desfășoară activitatea)
 2. localitatea..... str nr..., bl. ., ap..., sc.... et (sediul /
punct de lucru secundar = pentru cabinete care desfășoară activitate medicală în mai
multe sedii - dacă e cazul)



Personal angajat

Pentru următoarele servicii de îngrijiri medicale:

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Avizului Cabinetului de practică independentă:

- ☐ Certificatul de membru al OAMGMAMR al titularului, însoțit de avizul anual, în copie;
- ☐ Dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă, a profesiei de asistent medical, declarat ca sediu profesional al activității, în copie, precum și o declarație pe proprie răspundere din care rezultă că spațiul, pentru care se solicită avizarea nu face obiectul nici unui litigiu.
- ☐ Regulamentul de organizare și funcționare a C.I.P.I. a profesiei de asistent medical generalist;
- ☐ Raportul de evaluare pentru avizarea C.I.P.I., întocmit de către Comisia Județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I. pe teritoriul căreia se solicită înființarea, cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale menționate în cererea de avizare, în copie;
- ☐ Programul de lucru al C.I.P.I. asumat prin semnătura reprezentantului legal;
- ☐ Documente care atestă experiența profesională dobândită a titularului C.I.P.I. a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- ☐ Dovada achitării taxei de avizare, stabilită prin HCN a OAMGMAMR;
- ☐ Asigurare pentru răspundere civilă profesională suplimentară, după caz, la valoarea riscului asigurat stabilită de OAMGMAMR;
- ☐ Fișe de atribuții a postului pentru asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical titular, angajat și/sau colaborator, pentru avizare.

Pentru cabinetele de practică independentă înființate în temeiul altor acte normative cererea va fi însoțită, în copie și de următoarele documente:

- actele constitutive ale societății;
- dovada din care să reiasă că societatea are ca obiect unic de activitate furnizarea de servicii de îngrijiri medicale (Cod CAEN -8690)
- documente justificative care să ateste că administratorul societății comerciale sau cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului de administrație sunt asistenți medicali generaliști/moașe/asistenți medicali (cerere de mențiuni sau statutul/contractul societății).

Pentru cabinetele de practică independentă înființate în structura asociațiilor și fundațiilor legal constituite, cererea va fi însoțită și de următoarele documente, în copie:

- actul constitutiv al asociației/fundației;
- statutul asociației /fundației din care rezultă că are cuprins în obiectul de activitate furnizarea de îngrijiri medicale;
- Hotărârea judecătorească de înființare;



-Hotărârea statutară a organelor de conducere privind înființarea unuia sau mai multor cabinete de practică independentă;

-Tabel cu asistenții medicali generaliști/moașe/asistenți medicali / specialitatea care lucrează în cadrul asociației/fundației.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligația de a înștiința OAMGMAMR, despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare și, respectiv în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă a altui personal medical, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

Subsemnatul/a declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru utilizarea și prelucrarea datelor prevăzute de legislația în vigoare privind emiterea documentului solicitat prin prezenta cerere și aceste date corespund realității.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea eliberării documentului solicitat prin prezenta cerere.

☐ DA, sunt de acord

☐ NU sunt de acord

Semnătura : _____

Data: _____

Parafa _____

Date contact solicitant

Pot fi contactat/notificat la:

Adresa: localitatea str.....nr... , bl., ap....., sc....
telefon , e-mail.....