**ANEXA nr. 1**

Către Direcţia de Sănătate Publică a județului Brașov

Cerere

privind deschiderea unui punct de lucru a cabinetelor medicale de medicină de familie, în mediul rural în aceeași unitate administrativ-teritorială sau în alte unități unde există deficit de medic

Subsemnatul(a), ................................................................................................, medic specialist / primar de medicină de familie, cu domiciliul în localitatea ....................................... judeţul .............................., str. ..........................................., bl. /sc. /et. /ap ................................, posesor /posesoare al/a BI/CI seria ................ nr. ......................................., eliberat(ă) de .................................................. la data de ..................................................., în calitate de medic titular / administrator al (CMI/ SRL/ Cab.grupate/ asociație) ..............................................................................., cu sediul în localitatea ................................ adresa ……………........................................................................................, telefon ............................, fax ..........................., e-mail: ................................................ înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale sub nr. ......................................, având codul fiscal nr. .............................. din ........................, solicit **avizul pentru deschiderea unui punct de lucru** al cabinetului menționat mai sus**,** situat în localitatea ..................................... adresa: ..................................................................................................

Data (completării) ............................ Semnătura și ștampila ............................

|  |
| --- |
| **Acte necesare :**  - **cererea tip** ( Anexa nr. 1)  - **memoriu** care să conțină următoarele date:   * + numele și prenumele solicitantului, domiciliul medicului, nr. telefon, email,   + informații legate de punctul de lucru secundar care se dorește a fi deschis:     - localitatea, adresa, descrierea spațiului, existența altor servicii medicale în spații sau proximitate,     - programul de funcționare preconizat în cadrul punctului de lucru,     - personalul implicat (asistent medical, alt personal angajat, etc.),     - număr de persoane deja înscrise în lista de pacienți din localitatea unde se dorește înființarea unui punct de lucru secundar,     - motivația înființării unui serviciu medical suplimentar în noua locație.   + informații legate de sediul principal al cabinetului medical:     - numărul de pacienți înscriși pe listă,     - personalul implicat (asistent medical, alt personal angajat, etc.),     - cum se modifică programul de funcționare al cabinetului și accesul pacienților la servicii medicale în condițiile în care va trebui să asigure minim 10 ore/ săptămână la punctul de lucru),     - impactul schimbării asupra serviciilor de sănătate în localitatea unde se află sediul principal,     - în situația în care cabinetul de medicină de familie mai are deschis și un alt punct de lucru secundar, vor fi furnizate informații legate de acesta.   - documente sau declarația pe proprie răspundere că spațiul pentru care se solicită avizul este deținut în mod legal și nu face obiectul vreunui litigiu;  - Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal (Anexa nr. 2). |