

**CERERE DE INREGISTRARE A CABINETULUI IN  
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE**

**DOMNULE DIRECTOR**

Subsemnatul(a) ..... cu domiciliul in  
..... str. ....nr.....sector .....  
telefon ..... cu specialitatea .....si competenta in  
.....cod parafa .....

va rog sa-mi aprobati inscrierea cabinetului in REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR  
MEDICALE sub forma:

- Cabinetul medical individual (conf.OG 124/1998 republicata in august 2002)
- Cabinete medicale grupate (conf. OG 124/1998 republicata in august 2002)
- Cabinete medicale asociate (conf.OG 124/1998 republicata in august 2002)
- Societate civila medicala fara personalitate juridica (conf.OG 124/1998 republicata )

in care lucreaza ..... medici si medicul titular/delegat este

.....  
..... specialitate ..... cod parafa .....

Denumire cabinet .....

.adresa .....

proprietate personala/contract de inchiriere/comodat

.....

telefon .....fax..... e-mail.....

Data .....

Semnatura si parafa medicului,

**DOMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV**

**ACTE NECESARE PENTRU INREGISTRAREA CABINETULUI MEDICAL IN  
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE  
(CABINETE MEDICALE INDIVIDUALE, GRUPATE, ASOCIATE, SOCIETATE  
CIVILA MEDICALA)**

**- FARA PERSONALITATE JURIDICA -**

- CERERE TIP DE INREGISTRARE
- AVIZUL COLEGIULUI MEDICILOR PENTRU INREGISTRAREA CABINETULUI
- STATUTUL SI CONTRACTUL DE SOCIETATE CIVILA MEDICALA sau dupa caz, CONVENTIA DE GRUPARE SAU DE ASOCIERE
- CERTIFICATUL DE MEMBRU IN COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA AL MEDICULUI TITULAR sau dupa caz, CERTIFICATELE DE MEMBRU IN COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA ALE MEDICILOR GRUPATI, ASOCIATI SAU CONSTITUITI IN SOCIETATE CIVILA MEDICALA.
- DOVADA TITLULUI DE DETINERE A SPATIULUI IN CARE FUNCTIONEAZA CABINETUL MEDICAL (CONTRACT DE INCHIRIERE, CONTRACT DE COMODAT, CONTRACT DE VANZARE-CUMPARARE) + SCHITA SPATIULUI
- CODUL DE PARAFA AL MEDICULUI TITULAR sau dupa caz, AL REPREZENTANTULUI LEGAL AL MEDICILOR GRUPATI, ASOCIATI SAU CONSTITUITI IN SOCIETATE CIVILA MEDICALA.
- DOVADA INDEPLINIRII CONDITIILOR MINIME DE SPATIU SI CIRCUITE FUNCTIONALE IN CONCORDANTA CU SERVICIILE MEDICALE FURNIZATE PE SPECIALITATI (notificare).
- DECLARATIE PRIVIND DOTAREA MINIMA OBLIGATORIE A CABINETULUI MEDICAL CONFORM ORD MS NR 153.2003
- DECLARATIE PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL SI CIVIL AL MEDICULUI TITULAR sau dupa caz AL MEDICILOR ASOCIATI,GRUPATI SAU CONSTITUITI IN SOCIETATE CIVILA MEDICALA SI AL MEDICILOR ANGAJATI
- DOSAR

**ACTE NECESARE PENTRU  
INREGISTRAREA UNITATILOR MEDICO-SANITARE IN REGISTRUL UNIC  
AL CABINETELOR MEDICALE**

**- CU PERSONALITATE JURIDICA (SRL) -**

- **CERERE TIP DE INREGISTRARE**
- **AVIZUL COLEGIULUI MEDICILOR ILFOV PENTRU INREGISTRAREA SEDIULUI LUCRATIV AL SOCIETATII SAU AL PUNCTULUI DE LUCRU DIN JUDETUL ILFOV**
- **ACTUL CONSTITUTIV ALE SOCIETATII** din care sa reiasa ca :
  - societatea are ca **UNIC OBIECTDE ACTIVITATE FURNIZAREA DE SERVICII MEDICALE**, cu sau fara **ACTIVITATI CONEXE ACTULUI MEDICAL**
  - **ADMINISTRATORUL SOCIETATII COMERCIALE SAU CEL PUTIN O TREIME DIN NUMARUL MEMBRILOR CONSILIULUI DE ADMINISTRATIE SUNT MEDICI (CERTIFICAT DE INSCRIERE, MENTIUNI** daca este cazul **si DIPLOMA DE MEDIC – COPIE)**
- **CERTIFICAT DE INMATRICULARE IN REGISTRUL COMERTULUI**
- **CERTIFICAT CONSTATATOR PENTRU INREGISTRAREA PUNCTULUI DE LUCRU/SEDIU SECUNDAR DIN JUDETUL ILFOV**
- **DOVADA TITLULUI DE DETINERE A SPATIULUI IN CARE FUNCTIONEAZA SOCIETATEA sau dupa caz, punctul de lucru al societatii din jud.Ilfov + SCHITA SPATIU**
- **COD PARAFA MEDICI**
- **CERTIFICATUL DE MEMBRU IN COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA A MEDICULUI/MEDICILOR ANGAJATI SAU COLABORATORI**
- **CONTRACTELE DE MUNCA ALE MEDICILOR ANGAJATI SAU COLABORATORI**
- **NOTIFICARE (pentru amenajarea punctului de lucru din jud.Ilfov)**
- **DECLARATIE PRIVIND DOTAREA MINIMA OBLIGATORIE A CABINETELOR MEDICALE CONFORM ORD MS NR 153/2003**
- **DECLARATIE PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL SI CIVIL AL MEDICILOR ANGAJATI IN SOCIETATE sau dupa caz AL MEDICILOR COLABORATORI**
- **DOSAR**

**CERERE DE INREGISTRARE A CABINETULUI IN  
REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE  
PARTEA A II - A**

**DOMNULE DIRECTOR,**

Subsemnatul ..... cu domiciliul in .....  
strada.....nr. .... sector.....telefon.....  
administrator al Societatii Comerciale  
.....

cu activitate unica furnizarea de servicii medicale , infiintata conform  
legii 31/1990, cu nr. de inmatriculare in Registrul Comertului  
.....

si codul fiscal (codul unic).....cu sediul social  
in.....  
str.....nr.....telefon/fax.....  
si punct de lucru in .....str.....  
nr.....

.....  
telefon/fax.....e-mail.....

va rog sa aprobatii inscrierea societatii/punctului de lucru in  
**REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE** partea a II-a .

In cadrul societatii vor functiona urmatoarele cabinete de  
specialitate (specialitati medicale, competente, activitati conexe actului  
medical):

.....  
.....  
.....  
.....

in care lucreaza personal medico-sanitar autorizat .

**Semnatura,**

Data .....

**DOMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI  
ILFOV**

**Către Direcția de Sănătate Publică a Județului Ilfov**

**Doamnă/Domnule Director,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_  
str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_  
telefon \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

solicit a-mi aproba **înscrierea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale partea a-III-a a:**

**Cabinetului de practică/ societății civile de practică pentru servicii publice conexe actului**

**medical** \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_,

cabinet nr. \_\_\_\_\_ cu suprafața \_\_\_\_\_ mp,

Punct de lucru: str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_,  
ap \_\_\_\_\_, Cabinet nr. \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, cu suprafața \_\_\_\_\_ mp.

Menționez că în cadrul unității lucrează \_\_\_\_\_ persoane.

Contratură cabinet \_\_\_\_\_

**\* Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum  
responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

Dosarul cuprinde \_\_\_\_\_, agini.

**\*Menționăm că, termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a  
documentației.**

**Data:**

**Semnătura**

Anexez alăturat:

- 1. Autorizația de Liberă Practică a titularului cabinetului - copie;
- 2. Dovada îndeplinirii condițiilor minime de spațiu și circuite funcționale în concordanță cu serviciile conexe actului medical furnizate (notificare eliberată de D.S.P-M.B.)
- 3. Actul de deținere legală a spațiului (contract de vânzare-cumpărare, închiriere, concesiune, comodat) pe numele titularului cabinetului – copie
- 4. Schița cabinetului ; acceptul vecinilor, asociației de proprietari ; - copie ;
- 5. Actul doveditor, destinație imobilului (autorizație de construcție, etc.) conform - art.6 Ord. M.S.nr.119/2014; (unde este cazul) da..... nu.....
- 6 Alte documente: CUI, CONSTATATOR, STATUT

**\* Cerere pentru înregistrarea unui Cabinet de practică individuală în Registrul Unic al  
Cabinetelor Medicale Partea III-a**