DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ VASLUI
Nr. ...../...../.....

CERERE

Subsemnatul(a), ..., cu domiciliul în localitatea .....sector/judeţul.....str.....nr.....,bl.....sc.....et..... ap..... posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ....., eliberat de ..... la data de....., în calitate de…….....al ....., cu sediul în ..... str.....nr.....bl.....sc.....ap.....sector/ judet.....telefon ....., fax....., înmatriculată la registrul comerţului sub nr. ....., având codul fiscal nr. ..... din ....., solicit **viza la autorizația pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie** pentru specialitatea:

- -
- -
- -

Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

1. Certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare sau, după caz, actul de înfiinţare sau organizare conform legislaţiei în vigoare.
2. Autorizaţia sanitară de funcţionare, conform legii/raport sau proces-verbal de constatare a condiţiilor igienico-sanitare, după caz.
3. Dovada deţinerii unui spaţiu de care dispune în mod legal.
4. Dovada achitării contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.
5. Dovada deţinerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.
6. Dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare.
7. Dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare.
8. Pentru asistenţii medicali, autorizaţie de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare.
9. Dovada că fiecare angajat medico-sanitar deţine asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.
10. Dovada deţinerii în proprietate a aparaturii din dotare.
11. Documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreţinerea şi verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.
12. Dosar.

Documentele menţionate vor fi depuse în original sau în copie cu menţiunea "conform cu originalul" şi vor fi semnate şi ştampilate de către solicitant.

Semnătura

Data (completării) ....

Persoana de contact: nume, prenume .....

Date de contact: telefon/fax/e-mail .....

Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul Direcției de Sănătate a

Județului VASLUI

Direcția de Sănătate Publică a Județului Vaslui are calitatea de operator de date cu caracter personal în sensul Regulamentului UE nr.679 din 27 aprilie 2016, în relație cu persoanele fizice care se adresează sau stabilesc raporturi juridice cu această instituție.

Datele cu caracter personal sunt utilizate în scopul eliberării actului de reglementare sanitară și în scop financiar contabil; vor fi păstrate prin arhivarea actelor ce le conțin conform termenelor stabilite în Nomenclatorul arhivistic al DSP Vaslui emis în baza Legii nr.16/1996 rep.; vor fi folosite exclusiv în scopul pentru care au fost colectate și sunt protejate prin măsurile de securitate și confidențialitate adoptate în cadrul instituției; pot fi divulgate numai angajaților Direcției de Sănătate Publică a Județului Vaslui care au atribuții de serviciu în soluționarea cererii dumneavoastră și după caz: împuterniciților (ex. firmă de curierat, firmă de arhivare), Ministerului Sănătății, Trezoreriei Vaslui, organismelor competente în cadrul procedurilor judiciare.

Conform prevederilor legale aplicabile, beneficiați de: dreptul de informare, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la restricționarea prelucrării în condițiile art.18 din Regulament, dreptul de a vă adresa Autorității de supraveghere și justiției.

Declar că am fost informat asupra prelucrării datelor cu caracter personal în cadrul Direcției de Sănătate Publică a Județului Vaslui

Data

Nume, prenume

Semnătura

__/ __/ ____
_ ***zz ll aaaa***

Semnătura şi ştampila