

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 7

AVIZ PENTRU ÎNFIINȚAREA CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Nr. _____ din _____

Având în vedere cererea înregistrată sub nr. _____ din data de _____, prin care _____, de profesie _____, în conformitate cu Certificatul de Membru al O.A.M.G.M.A.M.R. nr. _____ din _____ și-a exprimat opțiunea privind forma de exercitare a profesiei și solicită avizul O.A.M.G.M.A.M.R. al filialei _____ pentru înregistrarea în Registrul Județean al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali din România și eliberarea Certificatului de înregistrare a cabinetului de practică independentă.

Văzând Documentele anexate conform specificațiilor Procedurii de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

În temeiul art. 11 din O.U.G. nr. 144/2008 aprobată prin Legea 53/2014 și a art. 15 din ORD. M.S. nr. 1454/2014

AVIZĂM

Înființarea Cabinetului individual de practică independentă a profesiei de _____ de către _____, pentru furnizarea în regim independent a următoarelor servicii de îngrijiri medicale:

Cabinetul individual de practică independentă va purta denumirea: „(numele și prenumele titularului - sintagma "cabinet de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist" sau "cabinet de practică independentă a profesiei de moașă" sau "cabinet de practică independentă a profesiei de asistent medical, specialitatea ")", funcționând la adresa _____

Personal medical angajat / colaboratori:

Activitățile furnizate de către Cabinetul de practică independentă se vor desfășura numai după obținerea Certificatului de Înregistrare a cabinetului în Registrul Județean al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților din România eliberat de Direcția de Sănătate Publică a Județului _____, precum și a celorlalte autorizații prevăzute de legislația în vigoare.

Orice modificare a elementelor prevăzute în certificatul de avizare, inclusiv orice angajare de personal medical, va fi adusă la cunoștință O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala _____, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

S-a eliberat prezentul certificat de avizare pentru a servi la Direcția de Sănătate Publică a Județului _____ în vederea obținerii Certificatului de înregistrare a cabinetului.

Președinte Filială

Consilier juridic,

Ștampila cu antetul Filialei