

FIȘA UNITĂȚII MEDICALE

1. Denumirea: _____

2. Sediul social situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____;

3. Punctul de lucru profesional situat în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, autorizația sanitară de funcționare nr. _____ eliberată la data de _____,

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Având cabinetele medicale:

3.1. specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

3.2. specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

3.3. specialitatea _____
et. _____, camera _____;

Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Servicii medicale furnizate _____

4. Avizul Colegiului Medicilor/Medicilor Dentiști din România cu nr. _____, eliberat la data de _____,

5. Reprezentantul legal _____ domiciliat/ă în loc. _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, tel. fix _____, tel. mobil/e _____, fax _____, e-mail de contact _____,

7. DATE REFERITOARE LA PERSONALUL CARE ÎȘI DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA ÎN UNITATEA MEDICALĂ

Nr. crt.	Numele și prenumele	Cod numeric personal	Adresa	Cod medic, alt personal studii superioare	Specialitatea acreditată	Nr. aviz de liberă practică medicală	Situația personal u-lui activ *

*) Se va menționa una din următoarele posibilități:

1. Cu normă de bază și timp integral în unitatea pentru care se completează această fișă.
2. Cu normă de bază și timp parțial în unitatea pentru care se completează această fișă.
3. Cu normă de bază în altă unitate sanitară publică și cu contract de muncă în timp parțial în unitatea pentru care se completează această fișă.
4. Cu normă de bază în altă unitate sanitară privată și cu contract de muncă în timp parțial în unitatea pentru care se completează această fișă.
5. Pensionar cu normă întregă în unitatea pentru care se completează această fișă.
6. Pensionar cu fracțiuni de normă în unitatea pentru care se completează această fișă.

Ca reprezentant al societății mă oblig să utilizez numai imprimare tipizate și a raporta, conform Ordinului M.S.P. nr. 668/1999, Direcției de Sănătate Publică Suceava situațiile statistice solicitate referitoare la activitățile medicale desfășurate, la situația personalului încadrat și la cheltuieli.

Mă oblig ca în termen de 15 zile calendaristice de la modificarea datelor prezentate mai sus să depun la Direcția de Sănătate Publică actele ce atestă modificările intervenite la prezenta declarație, pe care mi-o asum în întregime.

Prin prezenta declar că am luat la cunoștință de dispozițiile O.G. nr. 124/1998 republicată și Ord. M.S.P. nr. 153/2003, Deciziei C.N.A.S. nr. 721/2003, Legii nr. 95/2006, precum și a celorlalte acte normative care reglementează desfășurarea activității medicale, cu modificările și completările ulterioare, pe care societatea se obligă să le respecte întocmai.

DATA

SEMNATURA