

OAMGMAMR

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

**ANEXA 1**

**CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ  
INDEPENDENTĂ**

Vizat :  
PRESEDINTE FILIALA

NR. ÎNREG. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Către,**  
**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților  
Medicali din România, Filiala.....**  
**Comisia județeană de avizare și reavizare a Cabinetelor de Practică  
Independentă**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ cu domiciliul în \_\_\_\_\_ str.  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_ scara \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_ ,  
de profesie asistent medical generalist / moașă / asistent medical.....

vă rog să-mi aprobați eliberarea:

**Avizului pentru Cabinetul de Practică Independentă PRINCIPAL/SECUNDAR**

Cu numele (numele și prenumele titularului)

\_\_\_\_\_  
**CABINET DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE :**

\_\_\_\_\_  
situat în Localitatea \_\_\_\_\_ adresa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

reprezentat de subsemnatul ca titular.

Personal angajat:

\_\_\_\_\_

Pentru următoarele **servicii de îngrijiri medicale:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generalişti, moaşe și asistenți medicali

---

---

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Avizului Cabinetului de practică independentă:

- Certificatul de membru al OAMGMAMR** al titularului, avizat la zi în copie legalizată, și după caz, certificatele de membru avizate la zi ale asistenților medicali generalişti, moaşelor sau asistenților medicali angajați, în copii legalizate;
- Dovada deținerii legale a spațiului** în care urmează să funcționeze cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă, a profesiei de asistent medical, declarat ca sediu profesional al activității, în copie legalizată, precum și o declarație pe proprie răspundere din care rezulta că spațiul pentru care se solicită avizarea nu face obiectul nici unui litigiu.
- Regulamentul de organizare și funcționare a C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- Raportul de evaluare pentru avizarea C.I.P.I.** întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I. pe teritoriul căreia se solicită înființarea, cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale menționate în cererea de avizare, în copie legalizată;
- Programul de lucru al C.I.P.I.** asumat prin semnătura reprezentantului legal;
- Documente care atestă experiența profesională dobândită a titularului C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- Dovada achitării taxei de avizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR
- Asigurare pentru răspunderea civilă profesională suplimentară**, după caz, la valoarea riscului asigurat stabilită de OAMGMAMR.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligația de a înștiința OAMGMAMR Filala....., despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare și, respective în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă al altui personal medical, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

Semnătura : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Parafa \_\_\_\_\_