

OAMGMAMR

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

ANEXA 5

**CERERE DE REAVIZARE 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
modificările de structură sau activitate menționate mai jos:**

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 :**

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

- Avizul** Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România pentru Cabinetul de practică independentă pentru care se solicită modificarea structurii sau activității, în original;
- Copia legalizată a certificatului de membru** al OAMGMAMR al titularului, avizat la zi, precum și, după caz, certificatele de membru avizate la zi ale asistenților medicali generaliști, moașelor sau asistenților medicali angajați, în copii legalizate;

OAMGMAMR

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

- **Dovada participării la cursuri de perfecționare** a titularului și a personalului angajat, în domeniul serviciilor de îngrijiri medicale pentru care se solicită noul aviz, cursuri stabilite prin HCN al OAMGMAMR;
- **Raportul de evaluare a activității anului anterior solicitării noului aviz**, întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I pe teritoriul căreia funcționează cabinetul, și Raportul întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale pentru care se solicită reavizarea, în copie legalizată;
- **Fișele de atribuții** a postului pentru asistentul medicali generalist, moașa sau asistentul medicali angajat sau colaborator în cazul modificării structurii de personal, pentru avizare;
- **Dovada achitării taxei de reavizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligatia 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 _____