COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, Cod Fiscal: 9708419
Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50. E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

Decizia nr. 38 din 28 octombrie 2026

privind aprobarea Metodologiei de acordare a avizelor de înființare și modificare a cabinetelor medicale

În temeiul art. 414, alin (3), a Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale și a Normele metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale și înscrierea acestora în Registrul unic al cabinetelor medicale aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1670/2025,

CONSILIUL NAȚIONAL

al

COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA

DECIDE:

Art. 1 Aprobă Metodologia de acordare a avizelor de înființare și modificare a cabinetelor medicale, prevăzută în Anexa 1. ce face parte din prezenta decizie.

Art. 2 Decizia se comunică și va fi dusă la îndeplinire de colegiile teritoriale ale Colegiului Medicilor din România.

P R E Ș E D I N T E

Prof. Univ. Dr. Cătălina POIANĂ



METODOLOGIA DE ACORDARE A AVIZELOR DE ÎNFIINȚARE ȘI MODIFICARE A CABINETELOR MEDICALE

Art. 1 — Obiectul

Prezenta metodologie reglementează modul unitar în care colegiile teritoriale verifică, analizează și soluționează cererile de eliberare a avizelor privind înființarea și modificarea cabinetelor medicale. Avizul se eliberează în temeiul art. 29 alin. (2) din Normele metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale și înscrierea acestora în Registrul unic al cabinetelor medicale, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1670/2025, cu modificările și completările ulterioare, denumite în continuare Norme, și este necesar eliberării, de către direcția de sănătate publică, a certificatului de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale.

Art. 2 — Scopul

Metodologia urmărește asigurarea unei practici unitare, previzibile și egale pentru toate colegiile teritoriale.

Art. 3 — Domeniul de aplicare

(1) Prezenta metodologie se aplică tuturor cererilor de eliberare a avizelor privind înființarea sau modificarea cabinetelor medicale, indiferent de forma de organizare prevăzută de Norme (cu sau fără personalitate juridică), inclusiv cererilor privind punctele de lucru.

(2) Metodologia nu se aplică cabinetelor medicale din cadrul ambulatoriului integrat al spitalului și cabinetelor școlare.

Art. 4 — Competența teritorială

(1) Competența de soluționare a cererii aparține colegiului teritorial în a cărui rază se află cabinetul medical sau, după caz, punctul de lucru pentru care se solicită avizul.

(2) Înscrierea medicului titular ori a medicilor din cabinet într-un alt colegiu teritorial nu modifică competența prevăzută la alin. (1).

Art. 5 — Competența materială

(1) Înființarea cabinetului medical parcurge trei etape succesive:

a) obținerea autorizației sanitare de funcționare, emisă de direcția de sănătate publică;

b) eliberarea avizului de către colegiul teritorial;

c) înregistrarea în Registrul unic al cabinetelor medicale, realizată de direcția de sănătate publică.

(2) Colegiul teritorial se pronunță exclusiv asupra aspectelor care intra in competenta sa respectiv alin 1 lit. b) de mai sus.

Art. 6 — Condițiile avizării

(1) Avizul se eliberează numai dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

a) solicitantul depune documentația completă conform prezentei metodologii;

b) specialitățile medicale pentru care se solicită avizarea sunt compatibile conform Anexei nr.1.5 la Norme;

c) dotarea minimă este corespunzătoare activităților medicale declarate și este confirmată prin Raportul de evaluare întocmit conform Anexei nr.1.2;

(2) Cabinetele medicale se pot înființa numai în specialitatea medicului titular, a asociaților, a medicilor salariați sau colaboratori.

Art. 7 — Documentația necesară eliberării Avizului

A. Pentru cabinete fară personalitate juridică(cabinete medicale individuale, cabinete medicale grupate, cabinete medicale asociate, societate civilă medicală şi cabinete din structura ministerelor sau a altor persoane juridice):

(1) Documentație cu caracter general:

a) Cerere tip (conform Anexei nr.1.1)

b) Autorizație sanitară de funcționare eliberată de către Direcția de Sănătate Publica (copie conform cu originalul);

c) Dovada de deținere a spațiului (contract comodat, contract vânzare-cumpărare, contract de închiriere, donație etc.) (copie conform cu originalul) la care se va anexa schița spațiului care va cuprinde numerotarea camerelor componente (copie conform cu originalul);

d) Dacă spațiul respectiv se află într-un imobil cu destinație locuințe este necesar avizul scris al comitetului executiv al condominiului şi/sau acordul scris, prealabil, al proprietarilor direct afectați cu care se învecinează, pe plan orizontal şi vertical, spațiul cabinetului .

e) Certificatul de membru CMR şi Certificatul profesional curent al medicului titular/administrator medic (copie conform cu originalul). Cabinetul poate fi avizat numai pentru specialitățile şi atestatele de studii complementare (competențele şi supraspecializările) menționate în certificat (daca medicul titular este înscris la colegiul care urmează să facă avizarea cabinetului, certificatul de membru şi certificatul profesional curent al medicului titular se verifică în sistemul informatic).

f) Dovada achitării cotizației la zi către colegiul teritorial, pentru medicul titular – acest aspect se poate verifica de către colegiul teritorial dacă medicul este înscris în colegiu care soluționează cererea de avizare;

g) Programul de lucru al cabinetului medical;

h) Lista de servicii medicale furnizate care va cuprinde :

i) Lista specialităților, supraspecialităților şi competențelor;

ii) Lista serviciilor suplimentare față de cele asigurate prin dotarea minimă.

i) Declarația reprezentantului legal al unității prin care se obligă să respecte independența profesională a medicilor şi să angajeze numai personal medico-sanitar autorizat;

j) Regulamentul de organizare şi funcționare al cabinetului medical;

k) Fişele de atribuții ale posturilor;

l) Taxa de avizare + copie după chitanță;

m) Certificatele de membru CMR şi avizul de practică pentru medicii angajați/colaboratori.

(2) Documente cu caracter particular/specifice care trebuie depuse în completarea documentelor prevăzute la alin (1) pentru:

a) Pentru cabinetele grupate sau asociate este necesară convenția de grupare sau asociere, după caz.

b) Pentru societatea civilă medicală este necesar contractul de societate civilă înregistrat la ad-ministrația financiară pe teritoriul căreia se înființează.

c) Pentru cabinetele înființate în cadrul cultelor religioase sau lăcaşelor de cult religios este necesară hotărârea organelor de conducere privind înființarea cabinetelor medicale în cadrul acestora;

d) Pentru cabinetele de medicină sportivă organizate conform art. 6 lit. c) din Legea nr. 321/2007 în cadrul structurilor sportive, organizațiilor sportive naționale și instituțiilor publice cu atribuții în sport este necesar documentul statutar al instituției sportive/cu atribuții în sport în care sunt prevăzute și serviciile de medicină sportivă;

e) În cazul cabinetelor de radioterapie, radiologie medicală este necesară și autorizatia de securitate radiologică emisă în baza Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucreare, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

f) În cazul cabinetelor de recuperare, medicină fizică și balneologie fără personalitate juridică din cadrul centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu pentru persoanele adulte cu dizabilități din structura instituțiilor publice de asistență socială este necesară dovada existentei în structura acestor instituții a centrelor de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu pentru persoanele adulte cu dizabilități;

(3) Colegiul teritorial care urmează să soluționeze cererea de avizare poate solicita justificat/motivat orice alt document considerat relevant pentru avizarea cabinetului medical.

B. Pentru cabinete cu personalitate juridică (înființate pe Legea nr. 31/1990 - SRL, asociație, fundație, cabinete de medicină sportivă):

(1) Documentație cu caracter general:

a) Cerere tip (conform Anexei nr.1.1)

b) Autorizație sanitară de funcționare eliberată de către Direcția de Sănătate Publică (copie conform cu originalul).

c) Hotărârea statutară a reprezentantului legal al cabinetului medical privind înființarea unuia sau mai multor cabinete medicale;

d) Dovada de deținere a spațiului (contract comodat, contract vânzare-cumpărare, contract de închiriere, donație etc.) (copie conform cu originalul) la care se va anexa schița spațiului care va cuprinde numerotarea camerelor componente (copie conform cu originalul);

e) Dacă spațiul respectiv se află într-un imobil cu destinație locuințe este necesar avizul scris al comitetului executiv al condominiului și/sau acordul scris, prealabil, al proprietarilor direct afectați cu care se învecinează, pe plan orizontal și vertical, spațiul cabinetului

f) Declarația prin care organul de conducere se obligă să respecte independența profesională a medicilor angajați - în original.

g) Regulamentul de organizare și funcționare prin care să se ateste independenta profesională și dreptul de decizie al personalului medical - în original.

h) Fișele de atribuție ale posturilor

i) Programul de lucru al cabinetelor medicale, aprobat de conducerea unității - în original

j) Certificatul de membru CMR al administratorului societății sau ale celor 1/3 din membrii Consiliului de Administrație (copii conform cu originalul) (daca medicul titular este înscris la colegiul care urmează să facă avizarea cabinetului, certificatul de membru al medicului titular se verifică în sistemul informatic) ;

k) Lista de servicii medicale furnizate care va cuprinde :

i) Lista specialităților, supraspecialităților și competențelor;

ii) Lista serviciilor suplimentare față de cele asigurate prin dotarea minimă.

l) Taxa de avizare + copie după chitanță.

m) Certificatele de membru CMR și avizul de practică pentru medicii angajați/colaboratori

(2) Documente cu caracter particular/specifice care trebuie depuse în completarea documentelor prevăzute la alin (1) pentru:

a) Pentru cabinetele medicale înființate în baza Legii nr. 31/1990 (SRL), față de documentele prevăzute la alin (1) se vor depune și :

i) Certificatul de înregistrare la registrul comerțului cu consemnarea codului CAEN; (copie conform cu originalul).

ii) Certificatul constatator cu consemnarea punctului de lucru / sediul lucrativ al cabinetului medical;certificat constatator nu mai vechi de 30 zile (copie conform cu originalul).

iii) Actul constitutiv al societății și, după caz, actul adițional din care să rezulte obiectul de activitate (copie conform cu originalul) care trebuie să îndeplinească una din următoarele condiții:

- să fie obiect unic - servicii de asistență medicală umană
- să fie obiect principal de activitate: servicii de asistență medicală umană și, după caz, obiect secundar: servicii publice conexe actului medical, alte activități referitoare la sănătatea umană și/sau învățământ, cercetare, dezvoltare în domeniul medical;

b) Pentru asociații și fundații:

- hotărârea judecătorească privind înființarea și înregistrarea în Registrul asociațiilor și fundațiilor aflat la grefa judecătoriei în a cărei circumscripție își au sediul;
- statutul în care sunt prevăzute serviciile medicale care urmează a fi furnizate, cu ultimele modificări înregistrate în Registrul asociațiilor și fundațiilor, precum și Extras la zi din Registrul asociațiilor și fundațiilor de la judecătorie sau din Registrul național al Asociațiilor și fundațiilor eliberat de Ministerul Justiției;

c) În cazul cabinetelor de radioterapie, radiologie medicală este necesară și autorizația de securitate radiologică emisă în baza Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

d) În cazul cabinetelor de medicină sportivă organizate conform art. 6 lit. c) din Legea nr. 321/2007 în cadrul structurilor sportive, organizațiilor sportive naționale și instituțiilor publice cu atribuții în sport este necesar documentul statutar al instituției sportive/cu atribuții în sport în care sunt prevăzute și serviciile de medicină sportivă;

(3) Colegiul teritorial care urmează să soluționeze cererea de avizare poate solicita justificat/motivat orice alt document considerat relevant pentru avizarea cabinetului medical.

Art. 8 — Depunerea cererii de avizare

Canalul de depunere (personal la sediu, prin curier/poștă, electronic) și programul de lucru se stabilesc de colegiul teritorial.

Art. 9 — Înregistrarea cererii de avizare

(1) Cererea depusă prin poștă sau curier se consideră depusă la data ajungerii la destinatar, respectiv la sediul colegiului și se înregistrează întotdeauna, la data depunerii.

(2) Cererea transmisă electronic se consideră depusă la data transmiterii; înregistrarea se efectuează cel târziu în prima zi lucrătoare următoare.

Art. 10 — Verificarea conformității documentației la depunere.

(1) La depunerea la sediu, dosarul se verifică pe loc, în prezența solicitantului. În cazul constatării unor neconformități se comunică pe loc prin Notă de verificare întocmita de către angajatul colegiului (cu semnătură de primire din partea solicitantului) în care se menționează în clar documentele ce urmează a fi depuse și termenul de completare. În situații justificate termenul de comunicare a Notei de verificare întocmită de către angajatul colegiului, în care se menționează în clar documentele lipsă și ce urmează a fi depuse și termenul de completare, este de max. 3 zile.

(2) La depunerea electronică, sau prin poştă/curier, verificarea documentelor se realizează în cel mult 2 zile lucrătoare de la înregistrare. Nota de verificare intocmita de către angajatul colegiului, în care se menţionează în clar documentele ce urmează a fi depuse şi termenul de completare se comunică prin mijloace electronice la adresa de email indicată de solicitant/la aceeaşi adresă de email de unde au fost trimise documentele în lipsa unei adrese de email sau prin posta/curier.

(3) Termenul de completare este de cel mult 10 zile lucrătoare de la comunicarea neconformităţilor. Pe durata termenului de completare, termenul de soluţionare se suspendă.

(4) Necompletarea în termen atrage respingerea cererii, constatată prin decizie motivată emisă conform. art. 15 şi comunicată solicitantului pe email (la adresa indicata pentru corespondenta de catre solicitant) sau prin poştă/curier.

Art. 11 — Raportul de evaluare

(1) Avizul se eliberează în baza Raportului de evaluare întocmit de specialiştii delegaţi şi este obligatoriu la infiinţare şi la orice cerere de modificare a listei de servicii medicale furnizate şi/ sau a spaţiului avizat.

(2) Specialiştii delegaţi sunt exclusiv medici înscrişi în colegiul teritorial care eliberează avizul, aflaţi într-o relaţie contractuală/mandat cu acesta şi au obligaţia sa cunoasca elementele ce compun dotarea tehnică şi realizează evaluarea în baza unei delegaţii emise de coordonatorul Departamentului/Comisiei de Avizări sau persoana desemnată la nivelul fiecărui colegiu teritorial prin decizie a Biroului Consiliului colegiului teritorial.

(3) Raportul de evaluare se întocmeşte exclusiv în scopul verificării conformităţii dotării cabinetului cu prevederile din Anexa nr. 1.4 la Normele metodologice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1670/2025, privind dotarea minimă, dotarea standard, consumabilele şi, după caz, dotările opţionale, în funcţie de specialitatea cabinetului şi de serviciile medicale înscrise în lista activităţilor .

(4) Evaluarea în mod obligatoriu se realizează la faţa locului. Data primei convocări se stabileşte de comun acord cu solicitantul.

(5) Dacă evaluarea nu poate fi realizată la prima convocare se stabileşte o noua dată de comun acord. Dacă din cauze imputabile solicitantului nu s-a putut realiza la prima convocare termenul de avizare se prelungeste corespunzător. Dacă după a doua convocare nu sunt îndeplinite condiţiile de avizare cererea se respinge în condiţiile art. 15 din prezenta Metodologie.

(6) Raportul de evaluare privind dotarea minima se întocmeşte potrivit modelului tipizat prevăzut la Anexa nr. 1.2 şi cuprinde :

a) Datele de identificare ale specialistului desemnat de colegiu teritorial,

b) Datele de identificare ale cabinetului medical şi numărul de cabinete medicale suspuse avizării, inclusiv, respectiv incidenţa excepţiei prevăzute la art. 19 alin. (3) din Normele;

c) Concluzia motivată a Raportului de evaluare. Se va menţiona în clar dacă respectă sau nu respectă cerinţele legale privind dotarea prevăzută de Anexa nr.1.4 la Norme pentru fiecare specialitate. Vor fi menţionate în clar elementele lipsă din dotarea prevăzută pentru fiecare specialitate în parte.

d) Lista cu dotarea minimă, dotarea standard, consumabilele şi, după caz, dotările opţionale, în funcţie de specialitatea cabinetului pentru care se solicită avizarea şi de serviciile medicale înscrise în lista activităţilor, în care se vor bifa elementele identificate,

e) Propunerea de acordare a unui termen de conformare, în condiţiile art. 12 pentru completarea neconformităţilor.

f) Semnătura solicitantului şi a specialistului pe fiecare pagină.

Art. 12 — Termenul de conformare

(1) Atunci când neconformităţile constatate prin Raportul de evaluare sunt remediabile, specialistul acordă solicitantului un termen maxim 10 zile lucrătoare de remediere.

(2) Termenul de conformare se comunică solicitantului sub semnătură sau confirmare de primire, cu indicarea neconformităților. Pe termenului de conformare, termenul de soluționare se suspendă.

(3) Evaluarea se reia la expirarea termenului de conformare sau mai devreme dacă solicitantul notifică remedierea și se realizează exclusiv cu privire la neconformitățile ce trebuiau remediate. Pentru reevaluare nu se percepe taxă suplimentară.

(4) Cererea se respinge numai dacă neconformitățile nu au fost remediate în termenul acordat ori la întocmirea Raportului de evaluare s-au constatat neconformități neremediabile.

Art. 13 — Termenul de soluționare a cererii de avizare

(1) Termenul de soluționare este de cel mult 15 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu obligația soluționării în cel mai scurt termen posibil.

(2) Pentru situațiile în care s-a achitat taxa de urgență, termenul maxim de soluționare este de 5 zile lucrătoare.

(3) Termenul se suspendă:

a) De la constatarea documentației incomplete până la completare;

b) De durata amânării evaluării din motive imputabile solicitantului;

c) De durata termenului de conformare privind dotarea tehnică.

Art. 14 — Avizul

(1) Avizul se emite exclusiv potrivit modelelor prevăzute în Anexele nr.1.3, nr.1.4, nr.1.5, nr.1.6, nr.1.7, nr.1.8, nr.1.9, după caz, în care se vor completa datele specifice fiecărui cabinet avizat .

(2) Avizul se eliberează în baza Raportului de evaluare favorabil și a documentației complete.

(3) Avizul se semnează de către coordonatorul Departamentului/Comisiei de Avizări si de către persoana desemnată în acest sens la nivelul fiecărui colegiu teritorial prin decizie a Biroului Consiliului colegiului teritorial.

(4) Avizul este eliberat solicitantului sub semnătură pe copia care se arhivează la colegiu cu înscrierea datei și a numelui în clar.

Art. 15 — Respingerea cererii de avizare

Respingerea cererii se dispune de Biroul Consiliului colegiului teritorial, prin decizie motivată în fapt și în drept, cu indicarea căilor de atac, la propunerea motivată a Coordonatorului Departamentului/Comisiei de Avizări.

Art. 16 — Comunicarea

Modalitatea de comunicare a Avizului sau a deciziei de respingere a cererii de avizare se realizează de comun acord cu solicitantul (ridicare directă sub semnătură, poștă/curier rapid cu confirmare de primire, mijloace electronice dacă avizul este semnat electronic, la adresa de email indicată de solicitant în cererea de avizare).

Art. 17 — Reavizarea

(1) Avizul este necesar pentru elibererarea Certificatului de inregistrtare în Registrul unic al cabinetelor medicale de la direcția de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București și își consuma efectul odata cu obținerea Certificatului. O noua avizarea intervine numai ca urmare a modificării elementelor înscrise în aviz, (nu la împlinirea unui termen).

(2) Fac obiectul unei noi avizări:

a) Modificarea formei de organizare;

b) Modificarea listei serviciilor medicale furnizate;

c) Reorganizarea cabinetului;

d) Înființarea, mutarea sau desființarea punctelor de lucru;

e) Schimbarea denumirii ori modificarea sediului social al cabinetului ;

f) Reluarea activității după o perioadă de suspendare.

(3) Cererea pentru o noua avizare se însoțește de avizul anterior, în copie sau, în caz de pierdere ori distrugere, de declarația pe propria răspundere, precum și de documentele care justifică modificarea.

(4) Verificarea în vederea avizării se efectuează documentar, în cazul modificărilor care nu vizează spațiul, dotarea sau numărul de cabinete. Pentru modificările care privesc aceste elemente, verificarea la fața locului și întocmirea Raportului de evaluare sunt obligatorii.

Art. 18 — Suspendarea și reluarea activității

(1) Direcția de sănătate publică comunică colegiului emitent perioada de suspendare a activității cabinetului.

(2) Reluarea activității cabinetului medical după suspendare se face în baza avizului colegiului teritorial în a cărui rază se află cabinetul.

(3) Cererea de reluare se depune în aceleași condiții ca cererea de avizare la înființare și se însoțește de declarația pe propria răspundere privind menținerea elementelor avizate și a dotării minime obligatorii.

(4) Verificarea in vederea reluării activității se realizează documentar în baza cererii de reluare a activității. Evaluarea la fața locului se efectuează numai dacă în perioada suspendării au fost realizate lucrări de amenajare ori au intervenit modificări ale spațiului, ale dotării sau ale numărului de cabinete.

(5) Cererea se soluționează în cel mult 15 zile lucrătoare de la înregistrare sau cel mult 5 zile lucrătoare dacă s-a achitat taxa de urgență.

(6)Avizul de reluare se emite potrivit modelului unic, cu mențiunea corespunzătoare.

Art. 19 — Regimul taxelor

(1) Cuantumul taxei de avizare, reavizare, precum și cuantumul taxei de urgență se stabilesc de către colegiul teritorial, în baza autonomiei financiare, prin decizia consiliului teritorial.

(2) Taxele de avizare și cuantumul acestora se publică obligatoriu pe site-ul colegiului.

Art. 20 — Căi de atac

(1) Decizia de respingere poate fi contestată de solicitant în termen de 30 de zile de la comunicare, la colegiul teritorial emitent. Contestația ține loc de plângere prealabilă în sensul art. 7 din Legea nr. 554/2004.

(2) Contestația se soluționează, în cel mult 30 de zile de la înregistrare, de consiliul colegiului teritorial.

(3) Raportul de evaluare, lista neconformităților și celelalte acte pregătitoare nu se contestă separat, ci numai odată cu actul prin care se soluționează cererea.

Art. 21 Evidență

Colegiul teritorial ține un registru electronic distinct al avizelor emise, care cuprinde, în mod obligatoriu cel puțin următoarele elemente: numărul și data avizului, denumirea cabinetului, forma de organizare, adresa cabinetului sau a punctului de lucru precum și rubrica observații unde vor fi consemnate orice informații considerate relevante (serviciile medicale, numărul de cabinete, numărul și data raportului de evaluare, precum și mențiunile privind reavizarea, suspendarea și reluarea activității etc).

Art. 22 — Arhivarea

Arhivarea se realizează electronic și/sau fizic conform regulementelor interne ale fiacărui colegiu teritorial.

Art. 23 — Protecția datelor

Activitatea de avizare se realizeaza cu respectarea Regulamentul (UE) 2016/679.

Art. 24 Diseminarea informațiilor

Colegiul teritorial deține și menține funcțională și actualizată o pagină de internet proprie, cu o secțiune dedicată avizării cabinetelor medicale, accesibilă din pagina principală care să cuprindă toate informațiile necesare avizării cabinetelor.

ANEXA 1.1

Cerere de avizare a cabinetului medical

Domnule/Doamna Preşedinte

Subsemnatul(a),
nume ....., iniţiala tatălui ....., prenume .....
cu domiciliul în str. ....., nr. ....., bl....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector (judeţ) ....., oraş.....
tel. fix |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, e-mail .....
cu funcţia .....
(se va completa după caz)

cu specialitatea .....
(se va completa după caz)

şi atestat de studii complementare în .....
(se va completa după caz)

vă rog să-mi aprobaţi eliberarea Avizului pentru cabinetul medical

☐ cabinet fără personalitate juridică .....(*se va completa forma de organizare*)

☐ cabinet cu personalitate juridică .....(*se va completa forma de organizare*)

cu numele .....

în specialitatea .....

atestat de studii complementare în .....
supraspecializări .....

Activităţile medicale se vor desfăşura la următoarele sedii: *(se vor completa sediile şi specialităţile/atestatele desfăşurate)*

în str. ....., nr. ....., bl.....,sc. ....., et. ....., ap. ....., sector(judeţ) .....,

oraş....., reprezentat de mine ca medic titular / delegat/administrator.

La prezenta anexez documentele prevăzute de :

☐ Art. 7 din prezenta Metodologie pct. A alin (1) şi (2) lit. a), b),c),d),e)

(*se vor încercui prevederile aplicabile*)

☐ Art. 7 din prezenta Metodologie pct. B alin (1) și (2) lit. a), b),c),d),e)
(*se vor încercui prevederile aplicabile*)

Declar pe propria răspundere că acest cabinet îndeplineşte cerinţele legale cu privire la dotarea minimă şi că nu mai sunt unic asociat/titular al unui alt cabinet medical.

Declar că am primit de la Colegiul Medicilor _____, în momentul depunerii cererii pentru obţinerea avizului cabinetului (cabinetelor), lista cu dotarea minimă obligatorie pentru fiecare specialitate;

Cabinetul (cabinetele) îşi vor începe activitatea numai atunci când va/vor îndeplini condiţiile legale pentru aceasta, respectiv după eliberarea Certificatului de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale de către Direcţia de Sănătate Publică, în caz contrar, îmi asum consecinţele prevăzute de Ordonanţa Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale.

Mă oblig ca, după obţinerea certificatului de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, eliberat de Direcţia de Sănătate Publică, să depun la Colegiul Medicilor _____ o copie a acestuia, certificată conform cu originalul.

În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate/colectate şi mă oblig să aduc la cunoştinţa Colegiului Medicilor _____, orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări şi/sau informări din partea Colegiului Medicilor _____.

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situaţiile prevăzute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006.

Data Semnătura

Domnului/Doamnei Preşedinte al Colegiului Medicilor .....

ANEXA 1.2

(Sigla)

Departament AVIZĂRI

RAPORT DE EVALUARE

Subsemnatul Dr. _____, membru al Colegiului Medicilor _____, CUIM _____, delegat prin delegaţia de evaluare nr. _____/ _____ de către Colegiul Medicilor _____, pentru evaluarea punctului de lucru din Bulevardul/Strada _____, Nr. ____, Bloc ____, Scara ____, Etaj _____, Ap. ____, localitate _____în suprafaţă de _____ mp. _____ (Punct de lucru), al unităţii medicale _____, în urma evaluarii efectuate la data de _____ am constatat că

- ☐ **sunt respectate**
- ☐ **nu sunt respectate**

cerinţele legale pentru avizarea furnizării de servicii medicale în specialităţile conform anexă.

Total cabinete:_____

Observaţii:_____

Termen de conformare, în condiţiile art. 12 pentru completarea neconformităţilor _____

Delegat al Colegiului Medicilor _____
Dr._____
(semnătura)

Am luat la cunoştinţă de conţinutul Raportului de evaluare
Reprezentant legal/Administrator _____
_____
(semnătura)

Acest document poate contine date cu caracter personal si/sau informatii confidentiale. Destinatarul este obligat sa asigure confidentialitatea si securitatea datelor cu caracter personal, in conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016. Daca nu sunteti destinatarul acestui document sau l-ati primit din greseala, va rugam sa notificati imediat expeditorul si sa returnati acest document. Copierea, divulgarea sau distribuirea totala sau partiala a materialului continut in acest document in alt scop decat cel pentru care a fost trimis, fara a avea in prealabil acordul scris al emitentului, este interzisa!

(Sigla)

Departament AVIZĂRI

DELEGAŢIE DE EVALUARE

Nr. ___/ ____

Domnul/Doamna Dr. _____, membru al Colegiului Medicilor _____, CUIM _____, este delegat să inspecteze în vederea avizării punctul de lucru din _____, Bulevard/Strada _____, Nr. ___, Bloc ____, Scara ____, Etaj _____, ap._____, localitatea_____ al unităţii medicale _____ în specialităţile _____ şi atestatele de studii complementare _____ conform anexă.
Unitatea inspectată este reprezentată de Reprezentant legal/Administrator _____, tel. _____

Semnatura

Acest document poate contine date cu caracter personal si/sau informatii confidentiale. Destinatarul este obligat sa asigure confidentialitatea si securitatea datelor cu caracter personal, in conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016. Daca nu sunteti destinatarul acestui document sau l-ati primit din greseala, va rugam sa notificati imediat expeditorul si sa returnati acest document. Copierea, divulgarea sau distribuirea totala sau partiala a materialului continut in acest document in alt scop decat cel pentru care a fost trimis, fara a avea in prealabil acordul scris al emitentului, este interzisa!

(Sigla)

Specialităţi, Atestate de studii complementare competenţe, activităţi conexe, supraspecializări

ANEXĂ (a Raportului de evaluare)

Specialităţi: _____

_____

_____

Atestate de studii complementare/Competenţe/supraspecializări:

_____

_____

Activităţi conexe:_____

(***se va anexa lista cu dotarea minimă, dotarea standard, consumabilele şi, după caz, dotările opţionale, în funcţie de specialitatea cabinetului pentru care se solicită avizarea, în care se vor bifa elementele identificate***)

Delegat al Colegiului Medicilor _____,
Dr. _____
(semnătura)

Am luat la cunoştinţă de conţinutul Raportului de evaluare
Reprezentant legal/Administrator al _____
Dr. _____
(semnătura)

Acest document poate contine date cu caracter personal si/sau informatii confidentiale. Destinatarul este obligat sa asigure confidentialitatea si securitatea datelor cu caracter personal, in conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016. Daca nu sunteti destinatarul acestui document sau l-ati primit din greseala, va rugam sa notificati imediat expeditorul si sa returnati acest document. Copierea, divulgarea sau distribuirea totala sau partiala a materialului continut in acest document in alt scop decat cel pentru care a fost trimis, fara a avea in prealabil acordul scris al emitentului, este interzisa!

(SIGLA) **Anexa 1.3**

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZ

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. ..... / --.--.----

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,
Colegiul Medicilor _____ avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a unităţii

S.C. ..... S.R.L

cu sediul social în localitatea ----------, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector -, judeţ -,
înregistrată la Registrul Comerţului cu nr. ----------, având codul fiscal ----------/--.--.----,
pentru ... punct (e) de lucru, cu specialităţile detaliate în anexă(e) (*pentru fiecare punct de lucru se întocmește o anexă la aviz).*

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul
colegiului teritorial prin decizie BEX
Semnatura

(SIGLA)

Anexa 1.3

Colegiul Medicilor .....

ANEXA 1/1 la AVIZUL NR. _____/_____

al S.C. ---------- S.R.L

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ŞI SPECIALITĂŢI

Punct de lucru 1: localitatea ----------, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------

Specialităţi: ----------

Atestate de studii complementare: ----------

Supraspecializări: ----------

Numărul de cabinete: ----------

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX semnează

Semnatura

Anexa 1.4

(SIGLA)

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZ

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. __ /_____

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,

Colegiul Medicilor ..... avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a unităţii

C.M.I DR. _____ Cabinet Medical de _____

cu sediul în în localitatea ----------, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector -, judeţ -,

pentru specialităţile: ..... ----------şi **atestate de studii complementare:** .....

Număr cabinete : -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

Anexa 1.4

(SIGLA)

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

ANEXA 1/2 LA AVIZUL Nr. __ /_____

al C.M.I DR. _____ Cabinet Medical de _____

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ŞI SPECIALITĂŢI

Punct de lucru principal: localitate _____, Bd./Str. _____, Nr._, Bloc _, Scara _, Etaj _, Ap._, Cab._, Sector _, Județ _____,
Specialităţi: _
Atestate de studii complementare: _
Supraspecializări: -
Număr cabinete : -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

Anexa 1.4

(SIGLA)

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

ANEXA 2/2 LA AVIZUL Nr. __ /_____

al C.M.I DR. _____ Cabinet Medical de _____

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ȘI SPECIALITĂȚI

Punct de lucru secundar: localitate _____, Bd./Str. _____, Nr._, Bloc _, Scara _, Etaj _, Ap._, Cab._, Sector _, Județ ____,
Specialităţi: _
Atestate de studii complementare: _
Supraspecializări: -
Număr cabinete : -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLA)

Anexa 1.5

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZ

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. __/_____

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,

Colegiul Medicilor _____avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale organizate în strucura

ASOCIAȚIA MEDICALĂ _____

cu sediul în localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------, înfiinţată pe baza Hotărârii Judecătoreşti nr.__/_____ , înregistrată în Registrul Special cu nr. __/_____ , având codul fiscal _____, pentru **.... punct(e) de lucru**, cu specialitățile detaliate în anexă(e).

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLA)

Anexa 1.5

Colegiul Medicilor .....

ANEXA 1/1 la AVIZUL NR. __/_____

al ASOCIAȚIEI MEDICALE _____

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ŞI SPECIALITĂȚI

Punct de lucru 1: localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------,

Specialităţi: -

Atestate de studii complementare: -

Supraspecializări: -

Număr cabinete: -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLA) **Anexa 1.6**

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZ

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. __/_____

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,

Colegiul Medicilor _____avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a asocierii

CABINETE ASOCIATE _____

cu sediul în localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------, reprezentată legal de Dr. _____, pentru cabinetele medicale şi specialităţile detaliate în anexă.

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLA)

Anexa 1.6

Colegiul Medicilor .....

ANEXA 1/1 la AVIZUL NR. __/_____

al CABINETELOR ASOCIATE _____

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ŞI SPECIALITĂŢI

Cabinet Medical 1: Dr. _____**Cabinet Medical Individual** _____ localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------,

Cabinet Medical 2: Dr. _____**Cabinet Medical Individual** _____ localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------,

Total număr cabinete: ...

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLĂ)

Anexa 1.7

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZ

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. __/_____

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,

Colegiul Medicilor _____avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a grupării

CABINETE MEDICALE GRUPATE _____

cu sediul în localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------,
reprezentată legal de Dr. _____, pentru cabinetele medicale şi specialităţile detaliate în anexă.

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLĂ)

Anexa 1.7

Colegiul Medicilor .....

ANEXA 1/1 la AVIZUL NR. __/_____

AL CABINETE MEDICALE GRUPATE _____

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ŞI SPECIALITĂŢI

Cabinet Medical 1: Dr. _____

Specialitățile: _____ și atestatele de studii complementare:_____

Cabinet Medical 2: Dr. _____

Specialitățile: _____ și atestatele de studii complementare:_____

Total număr cabinete: -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLĂ)

Anexa 1.8

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZ

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. __/_____

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,

Colegiul Medicilor _____avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale organizate în strucura

FUNDAȚIA _____

cu sediul în localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------, înfiinţată pe baza Hotărârii Judecătoreşti nr.__/_____ , înregistrată în Registrul Special cu nr. __/_____ , având codul fiscal _____, pentru **.... punct de lucru**, cu specialitățile detaliate în anexa(e).

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLĂ)

Anexa 1.8

Colegiul Medicilor .....

ANEXA 1/1 la AVIZUL NR. __/_____

a FUNDAȚIEI_____

DETALIERE PUNCTE DE LUCRU ŞI SPECIALITĂŢI

Punct de lucru 1: în localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------

Specialităţi: -

Atestate de studii complementare: -

Supraspecializări: -

Număr cabinete: -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLA)

Anexa nr. 1.9

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

AVIZARE

PENTRU ÎNREGISTRAREA ÎN REGISTRUL UNIC AL CABINETELOR MEDICALE

Nr. __/_____

În baza prevederilor legale privind atribuţiile Colegiului Medicilor din România şi respectiv organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale,

Colegiul Medicilor _____ avizează înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale a societății

CABINETE MEDICALE DR. _____ Societate Civilă Medicală

cu sediul în localitatea _____, Bd./Str. ----------, Nr. --, Bloc -, Scara -, Etaj -, Ap. -, sector/jud -------,
înregistrată la Registrul Comerţului cu nr. -/- , având codul fiscal _____/_____, reprezentată legal de dr. _____,
pentru specialităţile detaliate în anexă.

Total general: ___ cabinete

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

(SIGLA)

Anexa nr. 1.9

Colegiul Medicilor .....

Departamentul AVIZĂRI

ANEXA LA AVIZUL Nr. __/_____

a CABINETE MEDICALE DR. _____ Societate Civilă Medicală

DETALIERE SPECIALITĂŢI

Cabinet Medical 1: **Dr. _____ specialitatea _____, atestat de studii complementare _____**

Cabinet Medical 2: **Dr. _____ specialitatea _____, atestat de studii complementare _____**

Total număr cabinete: -

coordonator Departament/Comisie Avizări

Semnatura

persoana desemnată la nivelul colegiului teritorial prin decizie BEX

Semnatura

SIGLA

Decizia nr.____/_____

privind respingerea cererii de avizare formulată de _____

În temeiul art. 414 alin (3) şi art. 76 din Statutul Colegiului Medicilor din România,

Având în vedere prevederile Metodologiei de acordare a avizelor de înfiinţare şi modificare a cabinetelor medicale aprobată prin Decizia nr. ___/_____ a Consiliului naţional al Colegiului medicilor din România,

Faţă de propunerea Coordonatorului Departamentului/Comisiei de Avizări de respingere a cererii de avizare a cabinetului _____ formulată de _____

BIROUL CONSILIULUI
COLEGIULUI MEDICILOR _____

A analizat: *(se vor completa documentele analizate, după caz)*

- Raportul de evaluare întocmit de_____ la data _____,
- Documentele depuse de.....

Biroul Consiliului a constat că .....(*vor fi enumerate neconformităţile, vor fi descrise măsurile luate pentru completarea acestora, termenele acordate etc, în esenţă motivarea/justificarea)*

Faţă de aceste motive,

DECIDE:

Art.1 Respingerea cererii *(vor fi înscrise datele de identificare ale cererii de avizare).*

Art. 2 Decizia se comunică _____(*numele, prenumele/denumirea titularului cererii de avizare).*

Art. 3 Prezenta cerere poate fi contestată în termen de 30 de zile de la comunicare. Contestaţia se depune la colegiul teritorial care a emis decizia.

Preşedintele Colegiului Medicilor _____