

# Către Direcția de Sănătate Publică a Județului Galați

Director Executiv,

## CERERE

Subsemnatul (a)....., reprezentant legal al  
..... cu sediul în localitatea .....  
Str. .... nr. ...., bl.....ap.....telefon.....  
fax....., e-mail.....solicit **vizarea autorizației**  
**pentru examinarea ambulatorie a persoanelor fizice în vederea procurării, deținerii, portului și folosirii**  
**armelor și munițiilor, nr..... din data.....**, în conformitate cu ordinul MS nr.  
1945/09.06.2023, pentru următoarele specialități:

1. Medicină internă da / nu
2. Oftalmologie da / nu
3. ORL da / nu
4. Neurologie da / nu
5. Psihiatrie da / nu
6. Ortopedie-traumatologie da / nu

Anexez în copie următoarele documente:

a) cerere pentru emiterea autorizației pentru examinarea ambulatorie a persoanelor fizice în vederea procurării, deținerii, portului și folosirii armelor și munițiilor supuse autorizării, pentru una sau mai multe specialități aprobate în structura organizatorică, sau, după caz, pentru una sau mai multe specialități cu care este înscrisă în Registrul unic al cabinetelor medicale de la nivelul direcției de sănătate publică căreia i se adresează;

b) copia documentului de deținere legală a spațiului;

c) dovada deținerii de către unitatea sanitară a asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

d) copii de pe contractele individuale de muncă sau, după caz, după contractele de prestări servicii, încheiate între unitatea sanitară și personalul medico-sanitar, pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;

e) dovada dreptului de liberă practică emisă de organizația profesională pentru fiecare angajat medico-sanitar din cadrul cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea;

f) dovada dotării minime obligatorii a cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea, conform [anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 153/2003](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare;

g) dovada garanției, întreținerii și verificării tehnice periodice, după caz, a aparatului cabinetului/cabinetelor din dotarea prevăzută la [lit. f\)](#);

h) copie după autorizația sanitară de funcționare.

*Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P. Galați, prin Compartimentul Avize și Autorizații, să prelucreze datele mele cu caracter personal care sunt oferite de către mine, în vederea emiterii vizei anuale a autorizației, precum și să colecteze și să prelucreze aceste date pe durata valabilității vizei anuale a autorizației, instituția având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului.*

*Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.*

Data

Semnătura