

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,
medic _____ in specialitatea _____,
confirmat prin Ord. MS nr. _____ / _____, incadrat(ă) cu contract de munca pe durata
_____ la _____,

va rog sa-mi eliberati **CODUL DE PARAFA.**

Declar pe propria raspundere ca pana in prezent NU am primit alt cod de parafa.

Anexez:

1. Cerere tip DSP Galati;
2. Declaratia privind statutul profesional si civil;
3. Copie Xerox B.I. / C.I. / pasaport (documente ce trebuie sa fie in termen de valabilitate);
4. Copie Xerox diploma de licenta de medic, medic dentist;
5. Copii Xerox ale documentelor care atesta schimbarea numelui (certIFICATE de casatorie, sentinta de divort, etc.), daca este cazul;
6. Copie Xerox a certificatului de medic, medic dentist specialist si primar daca este cazul;
7. Copie a certificatului de membru al Colegiului medicilor cu viza pentru anul in curs;
8. ADEVERINTA IN ORIGINAL eliberata de unitatea sanitara/CMI/SRL in care este incadrat medicul, din care sa reiasa:
 - Functia in care este incadrat
 - Specialitatea in care este confirmat
 - Numarul Ordinului Ministerului Sanatatii de confirmare in specialitate
 - Tipul contractului individual de munca (cu norma intreaga/fractie de norma) pe perioada determinate sau nedeterminata,
 - Data la care este incadrat ca specialist in specialitatea in care este confirmat
9. Medicii care desfasoara activitate ca specialist in calitate de persoane fizice autorizate sau independente, vor depune in copie si contractul de prestari servicii medicale, si Avizarea cabinetului medical individual eliberata de Colegiul Medicilor.
10. Copie Autorizație Sanitară de Funcționare a cabinetului medical (unde se desfășoara activitatea)
11. Copie Certificat Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor (al cabinetului unde se desfășoară activitatea)

*documentele prevazute la punctele 3, 5 si 6 vor fi insotite de original in vederea certificarii la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016. Potrivit art.2 alin.(4) din actul normative amintit "(4) In cazul in care persoana se prezinta cu copia legalizata dupa document, in scopul furnizarii serviciului public, institutia sau organul de specialitate al administratiei publice centrale este obligata/obligat sa o accepte."

Declaratie de acord cu conditiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse in acest dosar vor fi tratate confidential, in conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, transpusa prin Legea nr. 677/2001 privind protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date cu modificarile si completarile ulterioare, precum si prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal si protectia vietii private.

Declar ca sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Directiei de Sanatate Publica Galati sa fie utilizate in conformitate cu Legea nr. 677/2001 privind protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare.

TELEFON MOBIL _____

SEMNATURA

DATA: _____

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,
medic _____ in specialitatea _____,
confirmat prin Ord. MS nr. _____ / _____, incadrat(ă) cu contract de munca pe durata
_____ la _____,

va rog sa-mi eliberati un **NOU COD DE PARAFA**.

Declar pe propria raspundere ca am pierdut/mi-a fost furata parafa

Anexez:

1. Cerere tip DSP Galati;
2. Declaratia privind statutul profesional si civil;
3. Copie Xerox B.I. / C.I. / pasaport (documente ce trebuie sa fie in termen de valabilitate);
4. Copie Xerox diploma de licenta de medic, medic dentist;
5. Copii Xerox ale documentelor care atesta schimbarea numelui (certIFICATE de casatorie, sentinta de divort, etc.), daca este cazul;
6. Copie Xerox a certificatului de medic, medic dentist specialist si primar daca este cazul;
7. Copie a certificatului de membru al Colegiului medicilor cu viza pentru anul in curs;
8. ADEVERINTA IN ORIGINAL eliberata de unitatea sanitara/CMI/SRL in care este incadrat medicul, din care sa reiasa:
 - Functia in care este incadrat
 - Specialitatea in care este confirmat
 - Numarul Ordinului Ministerului Sanatatii de confirmare in specialitate
 - Tipul contractului individual de munca (cu norma intreaga/fractie de norma) pe perioada determinate sau nedeterminata,
 - Data la care este incadrat ca specialist in specialitatea in care este confirmat
9. Medicii care desfasoara activitate ca specialist in calitate de persoane fizice autorizate sau independente, vor depune in copie si contractul de prestari servicii medicale si Avizarea cabinetului medical individual eliberata de Colegiul Medicilor.
10. Copie Autorizație Sanitară de Funcționare a cabinetului medical (unde se desfășoara activitatea)
11. Copie Certificat Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor (al cabinetului unde se desfășoară activitatea)

*documentele prevazute la punctele 3, 5 si 6 vor fi insotite de original in vederea certificarii la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016. Potrivit art.2 alin.(4) din actul normative amintit "(4) In cazul in care persoana se prezinta cu copia legalizata dupa document, in scopul furnizarii serviciului public, institutia sau organul de specialitate al administratiei publice centrale este obligata/obligat sa o accepte."

Declaratie de acord cu conditiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse in acest dosar vor fi tratate confidential, in conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, transpusa prin Legea nr. 677/2001 privind protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date cu modificarile si completarile ulterioare, precum si prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal si protectia vietii private.

Declar ca sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Directiei de Sanatate Publica Galati sa fie utilizate in conformitate cu Legea nr. 677/2001 privind protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare.

TELEFON MOBIL _____

SEMNATURA

DATA: _____