

# DIRECȚIA DE SĂNĂȚATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI NEAMȚ

Nr. .... / ..... / .....

## CERERE

(1) PENTRU EMITEREA AUTORIZAȚIEI DE FUNCȚIONARE PENTRU FURNIZAREA ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE LA DOMICLIU/

(2) PENTRU AVIZAREA LA 3 ANI A AUTORIZAȚIEI DE FUNCȚIONARE PENTRU FURNIZAREA ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE  
LA DOMICLIU

Subsemnatul(a), ....., cu domiciliul în localitatea .....,  
....., județul ....., str....., nr. ...., bl.....sc.....et.....ap.....,  
posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat de.....  
la data de ....., în calitate de reprezentant legal al .....,  
....., cu sediul în .....,  
județul ....., telefon ....., fax ....., adresa e-  
mail....., înmatriculată la Registrul Comerțului cu nr. ....,  
având codul fiscal nr. .... din....., vă rog să binevoiți a aproba eliberarea

**AUTORIZAȚIEI DE FUNCȚIONARE ÎN DOMENIUL ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE LA  
DOMICILIU, în conformitate cu reglementările legale în vigoare, pentru instituția, societatea,  
asociația, fundația, unitatea sanitară sus-menționată.**

### **Anexez în completarea cererii mele copii ale următoarelor documente:**

- a) declarația pe propria răspundere privind furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu;
- b) statutul unității, alte documente constitutive, certificat constatator cu menționarea punctului de lucru ( după caz ) ( copie ) \*;
- c) documente care atestă dobândirea personalității juridice ( copie ) \*;
- d) dovada înregistrării în registrul asociațiilor și fundațiilor, după caz ( copie ) \*;
- e) documente privind deținerea legală a sediului dispeceratului pentru îngrijiri medicale la domiciliu ( situație juridică, schiță, plan de amplasare în zonă ) ( copie ) \*;
- f) regulamentul de organizare și funcționare \*;
- g) organigrama serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu ( copie ) \*;;
- h) document privind codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală ( copie ) \*;
- i) lista personalului angajat în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu ( copie REVISAL sau copie contracte de muncă/prestări servicii ) \*;
- j) dovada pregătirii profesionale / documente de liberă practică ( avize anuale ) pentru personalul medical angajat pentru asigurarea îngrijirilor medicale la domiciliu ( copie ).
- k) lista dotarilor existente \*;
- l) alte documente, după caz, solicitate în mod oficial.

**IMPORTANT: Documentele menționate sunt depuse în copie cu mențiunea „conform cu originalul“ și vor fi semnate de către solicitant.**

Data (completării) .....

Semnătura .....

---

\* În cazul avizării la 3 ani – documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări față de forma depusă la autorizarea inițială