



**MINISTERUL SANATATII**  
**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A MUNICIPIULUI BUCURESTI**

---

str. Avrig nr.72-74, sector 2, Bucuresti – Romania  
Tel: 252.79.78; 252.32.16; Fax: 252.55.20; [www.aspb.ro](http://www.aspb.ro);  
Cont: RO70TREZ70023660120XXXXX – D.T.C.P.M.B.

---

***In atentie:***

***Ambulatoriilor de Specialitate***  
***Cabinetelor Medicale de Specialitate***

Urmare aparitiei Ord. MS nr. 1159/31.08.2010 privind aprobarea Listei unitatilor de asistenta medicala autorizate pentru examinarea ambulatorie a candidatilor la obtinerea permisului de conducere si a conducatorilor de autovehicule sau tramvaie, respectiv Ord. MS nr. 1162 /31.08.2010 pentru aprobarea Normelor minime privind aptitudinile fizice si mentale necesare pentru conducerea unui autovehicul, in vederea autorizarii unitatile sanitare care indeplinesc conditiile prevazute in ordin si doresc autorizarea in acest sens sunt rugate sa depuna la sediul Directiei de Sanatate Publica Bucuresti urmatoarele documente prevazute in cererea tip anexata.

**CĂTRE DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BUCUREȘTI**

**Domnule Director Executiv,**

Subsemnatul....., reprezentant legal al .....

..... cu sediul în localitatea .....

Str. .... nr. ...., bl. ...., sector ..... solicit autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu Ordinul M.S. nr. 1159 din 2010 pentru următoarele specialități:

	DA	NU
1. Medicină internă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oftalmologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psihiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ortopedie-traumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

- certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizați conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#)) sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform legislației în vigoare;
- autorizația sanitară de funcționare /raport sau proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare, după caz;
- dovada deținerii unui spațiu de care dispune în mod legal;
- dovada achitării contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;
- dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;
- Tabel cu medicii angajați în cadrul societății, specialitatea medicilor; dovadă că au drept de liberă practică, certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare ; asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical.
- Tabel cu asistenții medicali încadrați în cadrul societății, autorizația de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare ; asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;
- documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreținerea și verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

Menționăm, ca toate documentele depuse la dosar să poarte ștampila unității medicale, semnătura și sintagma „conform cu originalul”.

**Datele de contact ale unității medicale** sunt: Adresa : **Localitatea**.....**Str.**

.....nr.....

**Telefon/fax**.....**e-mail**.....

**Data**.....**Semnătura și ștampila**