

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) _____,
medic _____ în specialitatea _____,
confirmat prin Ord. MS nr. _____ / _____, încadrat(ă) cu contract de muncă pe durată
_____ la _____
vă rog să-mi eliberați un **NOU COD DE PARAFĂ.**

Declar pe propria răspundere că am pierdut/mi-a fost furată parafa.

Anexez:

1. Dosar Plic
2. Cerere tip DSPMB
3. Declarația privind statutul profesional și civil
4. Copie xerox B.I. / C.I. / pașaport (documente ce trebuie să fie în termen de valabilitate);
5. Copie xerox diploma licență de medic, medic dentist ;
6. Copii xerox ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certificat de căsătorie, sentință de divorț, etc.), dacă este cazul;
7. Copie xerox a certificatului de medic, medic dentist specialist și primar dacă este cazul
8. Copie a certificatului de membru al Colegiului profesional cu viza pentru anul în curs
9. **ADEVERINȚA ÎN ORIGINAL** eliberată de unitatea sanitară/CMI/SRL în care este încadrat medicul, din care să reiasă:
 - funcția în care este încadrat
 - specialitatea în care este confirmat,
 - numărul Ordinului Ministerului Sănătății de confirmare în specialitate
 - tipul contractului individual de muncă (cu normă întreagă/fracție de normă) pe perioadă determinată sau nedeterminată,
 - data la care este încadrat ca specialist în specialitatea în care este confirmat,
10. *Medicii care desfășoară activitate ca specialiști în calitate de persoane fizice autorizate sau independente, vor depune în copie și contractul de prestări servicii medicale și înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor a cabinetului medical individual.*
11. Anunțul pierderii/furtului publicat în Monitorul Oficial..

* Documentele prevăzute la punctele 3, 5 și 6 vor fi însoțite de original în vederea certificării la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016. Potrivit art. 2 alin.(4) din actul normativ amintit „(4) În cazul în care persoana se prezintă cu copia legalizată după document, în scopul furnizării serviciului public, instituția sau organul de specialitate al administrației publice centrale este obligată/obligat să o accepte.”

Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse în acest dosar vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private.

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București să fie utilizate în conformitate cu Legea nr.677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

TELEFON MOBIL _____

SEMNĂTURA

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) _____,
medic _____ în specialitatea _____,
confirmat prin Ord. MS nr. _____ / _____, încadrat(ă) cu contract de muncă pe durată
_____ la _____,
vă rog să-mi eliberați **CODUL DE PARAFĂ**.

Declar pe propria răspundere că până în prezent NU am primit alt cod de parafă.

Anexez:

1. Dosar Plic
2. Cerere tip DSPMB
3. Declarația privind statutul profesional și civil
4. Copie xerox B.I. / C.I. / pașaport (documente ce trebuie să fie în termen de valabilitate);
5. Copie xerox diploma licență de medic, medic dentist ;
6. Copii xerox ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certificat de căsătorie, sentință de divorț, etc.), dacă este cazul;
7. Copie xerox a certificatului de medic, medic dentist specialist și primar dacă este cazul
8. Copie a certificatului de membru al Colegiului profesional cu viza pentru anul în curs
9. **ADEVERINȚA ÎN ORIGINAL** eliberată de unitatea sanitară/CMI/SRL în care este încadrat medicul, din care să reiasă:
 - funcția în care este încadrat
 - specialitatea în care este confirmat,
 - numărul Ordinului Ministerului Sănătății de confirmare în specialitate
 - tipul contractului individual de muncă (cu normă întreagă/fracție de normă) pe perioadă determinată sau nedeterminată,
 - data la care este încadrat ca specialist în specialitatea în care este confirmat,
10. *Medicii care desfășoară activitate ca specialiști în calitate de personae fizice autorizate sau independente, vor depune în copie și contractul de prestări servicii medicale, Notificarea asistenței de specialitate eliberată de DSPMB și Avizarea cabinetului medical individual eliberată de Colegiul Medicilor*

* Documentele prevăzute la punctele 3, 5 și 6 vor fi însoțite de original în vederea certificării la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016. Potrivit art. 2 alin.(4) din actul normativ amintit „(4) În cazul în care persoana se prezintă cu copia legalizată după document, în scopul furnizării serviciului public, instituția sau organul de specialitate al administrației publice centrale este obligată/obligat să o accepte.”

Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse în acest dosar vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private.

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București să fie utilizate în conformitate cu Legea nr.677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

TELEFON MOBIL _____

SEMNĂTURA

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) _____
medic _____ în specialitatea _____ confirmat
prin Ord. MS nr. ____/____, posesor/posesoare al/a codului de parafă _____, vă rog să aprobați
eliberarea unei adeverințe de inactivare a codului anterior menționat.

Solicit inactivarea codului de parafă începând cu data de _____

Menționez că adeverința îmi este necesară la _____,
unitate sanitară din cadrul Ministerului _____.

Anexez:

Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse în acest dosar vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private.

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București să fie utilizate în conformitate cu Legea nr.677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Tel. Mobil: _____

Data: _____

SEMNĂTURA

ELIBERARE COD PARAFA

CONDITII:

- *Certificat de membru al Colegiului Medicilor din Romania, respectiv Colegiului Medicilor Dentisti din Romania;*
- *Certificat medic specialist/primar;*
- *Buletin/Carte de identitate/Pasaport valabil;*
- *Loc de munca in Municipiul Bucuresti;*
- *Documentele in copii xerox se aduc impreuna cu originalele;*
- *Prezentare personala pentru solicitarea/eliberarea codului de parafa.*

DOCUMENTE NECESARE

Eliberarea codului de parafa

- Diploma/Adeverinta de licenta(COPIE);
- Adeverinta de la locul de munca(ORIGINAL) sau Certificatul de avizare a cabinetului medical individual(COPIE)-eliberate de o unitate sanitara din Bucuresti;
- Certificat casatoriecatorie/sentinta de divort (COPIE) -daca este cazul;
- Acte de specialitate: primariat, competente, supraspecializari, doctorat(COPIE);
- Buletin de identitate(COPIE);
- Autorizatia de libera practica /Certificat Colegiul Medicilor (COPIE)-valabil pentru anul in curs;
- Declaratie completata de medicul care solicita codul.

Eliberarea unui nou cod de parafa in caz de pierdere, furt

- Dovada unui anunt in unul din ziarele locale privind pierderea sau furtul parafei;
- Adeverinta de salariat de la angajator sau Certificatul de avizare a cabinetului medical individual(COPIE)-eliberate de o unitate sanitara din Bucuresti(ORIGINAL);
- Buletin de identitate(COPIE);
- Autorizatia de libera practica /Certificat Colegiul Medicilor (COPIE)-valabil pentru anul in curs;
- Certificat casatorie/sentinta de divort(COPIE)-daca este cazul;
- Diploma/Adeverinta de licenta(COPIE)
- Declaratie completata de medicul care solicita codul.

IN ATENTIA MEDICILOR REZIDENTI!

Conform Ordonantei nr. 18/2008 , aprobata cu modificari prin Legea 103/2012 si a Deciziei 1/23.01.2009 privind eliberarea certificatului de membru se precizeaza:

- **Art. 22**

(1)” Incepand cu promotia 2005 de absolventi licentiati ai facultatilor de medicina, dobandirea dreptului de libera practica se face dupa promovarea examenului de medic specialist”;

- **Art.23**

*“Absolventii facultatilor de medicina care au finalizat pregatirea in rezidentiat, dar nu au promovat examenul de specialitate pot fi incadrati cu contract individual de munca in cabinete medicale individuale, **sub indrumarea unui medic cu drept de libera practica**, beneficiind de incadrarea pe functia de medic si de salarizarea corespunzatoare ultimului an de rezidentiat, in functie de specialitatea in care au fost confirmati medici rezidenti.”*

- **Art. 13**

*(3) “Incepand cu anul III de pregatire in specialitate, rezidentii pot fi inclusi in linia de garda , in afara programului normal de lucru **pe raspunderea si sub supravegherea medicului titular de garda care detine calitatea de indrumator sau responsabil de formare, dupa caz.**”*