

Anexă la ASF nr.

Nr. înregistrare autoritate competentă
.....

Nr. înregistrare solicitant
.....

DECLARAȚIE

referitoare la condițiile igienico-sanitare pentru obiectivul cabinet medical

Subsemnatul (a),, domiciliat(ă) în, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul, având CNP, medic, cu Certificatul de membru nr., valabil până în data de, având cod parafă, în calitate de titular al Cabinetului medical situat în, str. nr., sectorul/județul, cunoscând faptul că falsul în declarații este pedepsit de legea penală, declar pe propria răspundere următoarele:

1. Cabinetul medical este cu forma de organizare:

.....

2. Dețin acordul asociației de proprietari și al locatarilor din imediata vecinătate, conform [Legii locuinței nr. 114/1996](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare (pentru obiective aflate în imobile colective): Da/Nu

3. În obiectiv sunt asigurate următoarele utilități:

3.1. apă potabilă - în sistem centralizat;
- din sursă proprie (puț forat, fântână cu hidrofor);

3.2. apă caldă;

3.3. canalizare sau alt sistem de evacuare a apei reziduale menajere.

4. Colectarea și evacuarea deșeurilor rezultate în urma actului medical se fac conform reglementărilor sanitare în vigoare (Contract pentru transport și neutralizare nr. din data, încheiat cu

5. Evacuarea deșeurilor menajere se face conform Contractului nr. / încheiat cu

6. Obiectivul are structura funcțională conform Ordinului ministrului sănătății nr. (se enumeră spațiile/încăperile, destinația acestora, suprafața):

.....
.....
.....
.....

7. Posed următoarele dotări și echipamente specifice activității desfășurate:

.....
.....
.....
.....

8. Nr. personal încadrat, din care:

..... personal medical cu studii superioare;

..... personal medical cu studii medii;

..... personal auxiliar.

9. Mă angajez să respect reglementările legale în vigoare specifice domeniului meu de activitate.

Data

Semnătura și parafa

.....