

## CĂTRE

Institutul Oncologic "Prof. dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti

Doamnă Manager,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale/cabinet medical de medicina de familie ..... aflat la adresa, str.....nr.....localitatea.....judetul..... telefon.....fax.....e-mail.....

solicit includerea în rețeaua de screening pentru cancerul de col uterin organizată de unitatea dumneavoastră, în conformitate cu Ordinul M.S. și CNAS nr. 537/175/2012, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr.394 din 13/06/2012, privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin, în calitate de **centru de recoltare a materialului cervical**.

Anexez documentele solicitate, după cum urmează:

1. Cerere de înscriere model (formular tipizat);
2. Copia, conform cu originalul, a contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în funcție de caz, după cum urmează:
  - pentru medicii de familie
  - pentru medicii specialiști de obstetrică ginecologie
  - pentru medicii care își desfășoară activitatea în Cabinetele de planning familial
3. Copia, conform cu originalul, a autorizației sanitare de funcționare în vigoare;
4. Contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
5. Codul unic de înregistrare (fiscal);
6. Lista personalului medical implicat în program, în format tabelar (medic + asistenta - nume/prenume/CNP/specialitate/grad profesional/cod parafa) și programul de lucru (pentru medic și personalul mediu sanitar) în cadrul programului de screening;
7. Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale că sunt îndeplinite condițiile cu privire la dotarea cabinetului în conformitate cu prevederile Ordinului nr. 537/175 din 5 iunie 2012 și a Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările ulterioare - pentru medicii de familie și medicii cu competența de planificare familială;
8. Act doveditor care atestă formarea profesională practică în domeniul recoltării materialului cervical pentru furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și pentru medicii cu competența de planificare familială, emis de orice unitate sanitară cu paturi organizatoare de rețea;

*\* Toate fișele vor conține mențiunea "conform cu originalul", stampila și semnatura olografa a reprezentantului legal.*

Reprezentant legal,

Semnătură reprezentant legal  
și ștampila unității furnizoare de servicii