



**Institutul Oncologic „ Prof. dr. Al. Trestioreanu ”Bucuresti**

Soseaua Fundeni Nr. 252, Sector 2, Bucuresti, cod 022328

Tel. 021. 227.10.00 , 021. 227.10.01 ; 0757066886

e-mail: [secretariat@iob.ro](mailto:secretariat@iob.ro) - [www.iob.ro](http://www.iob.ro)

Nr. notificare A.N.S.P.D.C.P.: 20909

**RETEA IOB**



## 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.....

Solicitind includerea în rețeaua de screening pentru cancerul de col uterin organizată de unitatea dumneavoastră, în conformitate cu [Ordinului Ministrului Sănătății nr. 964/01.04.2022 prin modificarea și completarea Normelor Tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate publica](#), privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de coluterin, în calitate de **centru de informare si consiliere**.

Anexez documentele solicitate, dupa cum urmeaza:

1. Cerere de inscriere model (formular tipizat);
2. Copia, conform cu originalul, a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sanatate;
3. Copia, conform cu originalul, a autorizației sanitare de funcționare invigoare;
4. Contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca;
5. Cod ulunic de inregistrare (fiscal);
6. Lista personalului medical implicat in program, informat tabelar (medic+asistenta-nume /prenume /CNP / specialitate /gradprofesional/ codparafa) si programul de lucru (pentru medic si personalul mediu sanitar) in cadrul programului de screening;
7. Catagrafia populației feminine 25-64 ani (Nume, Prenume, CNP, adresa), in format electronic(excel), pe adresa de-email [uatmr@iob.ro](mailto:uatmr@iob.ro).

*\*Toate filele vor contine mentiunea “conform cu originalul”, stampila si semnatura olografa a reprezentantului legal.*

Reprezentant legal,

Semnătură reprezentant legal  
Și ștampila unității furnizoare de servicii medicale