# Anexa nr. 3

# FORMULAR ÎNREGISTRARE

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumire solicitant** | Completaţi cu denumirea completă a solicitantului, aşa cum apare în actele constitutive |
| ***Codul de înregistrare fiscală*** |  |
| ***Denumire cabinet medical*** |  |
| ***Nume prenume medic*** |  |
| ***Adresa sediu social cabinet*** | Completaţi cu adresa sediului și codul postal (de menționat localitate, comună, sat, județ) |
| ***Adresa punct de lucru cabinet*** | Completaţi cu adresa punctului de lucru și codul postal de menționat localitate, comună, sat, județ) |
| ***Adresa de e-mail*** | Completaţi cu adresa de e-mail a reprezentantului legal sau a persoanei de contact |
| ***Telefon***  | Completaţi numărul de telefon reprezentant legal sau număr de telefon persoană de contact |
| ***Solicitantul își desfășoară activitatea în:*** | [ ]  zone rurale defavorizate sau urbane defavorizate*[ ]*  zone unde există un număr ridicat al persoanelor aflate în risc de sărăcie [ ]  zone unde există un număr ridicat de mame minore/gravide minore[ ]  zone unde există un număr ridicat de copii cu vârsta 0-3 ani[ ]  zone izolate (distanța mare față de primul spital) |
| ***Număr de beneficiari servicii medicale*** | *Se menționează numărul de beneficiari de servicii medicale înregistrat în anul 2023* |
| ***Număr de gravide înregistrate la medicul de familie, dintre care număr gravide minore*** | *Se menționează numărul de gravide înregistrate și se specifică numărul minorelor gravide, înregistrat în anul 2023* |
| ***Număr mame și/sau mame minore înregistrate*** | *Se menționează numărul de mame și/sau mame minore, înregistrat în anul 2023* |
| ***Număr copii cu vârsta între 0-3 ani beneficiari de servicii medicale*** | *Se menționează numărul de copii cu vârsta între 0-3 ani care au beneficiat de servicii medicale înregistrat în anul 2023* |
| ***Diplome sau atestate de studii/sau adeverință care demonstrează că este în curs de obținere a atestării - competențe în ecografie*** | [ ]  Da[ ]  Nu |
| ***Aparate necesare***  | Bifați pozițiile care prezintă interes:[ ]  ecograf [ ]  electrocardiograf[ ]  defibrilator semiautomat[ ]  holter[ ]  pulsoximetru[ ]  doppler vascular[ ]  doppler fetal[ ]  analizor colesterol, glicemie și hemoglobină[ ]  geantă medicală[ ]  trusă completă mică chirurgie[ ]  optotip iluminat mixt (pediatric și adulți)[ ]  cantar pentru adulți omologat[ ]  oftalmoscop[ ]  cantar pentru nou născuți |
| ***Mobilier necesar*** | Bifați pozițiile de care aveți nevoie în cabinetul medical:[ ]  masă ginecologică[ ]  dulap instrumente[ ]  canapea examinare[ ]  masă consult sugari[ ]  canapea examinare pentru copii |
| ***Îmi asum că echipamentele /mobilierul primite vor fi folosite în cadrul cabinetului medical***  | Se menționează numele cabinetului medical unde vor fi folosite echipamentele/mobilierul primite |
| ***Îmi asum că după semnarea contractului de sponsorizare, recepția și punerea în funcțiune a echipamentelor primite, să înregistrez în contabilitatea interna echipamentele și să furnizez sponsorului dovada înregistrării*** | [ ]  Da[ ]  Nu |
| ***Solicitatul a beneficiat în ultimii 3 ani de alte finanțări pentru dotarea cabinetului*** | [ ]  Da*[ ]*  Nu |
| ***Proiectul propus spre finanțare (în întregime sau parțial) nu face obiectul unei alte solicitări de sprijin financiar care să acopere aceleași costuri*** | [ ]  Da[ ]  Nu |
| ***Sunteți de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul derulării proiectului în conformitate și cu respectarea prevederilor legale incidente, inclusiv și fără a se limita la prevederile regulamentului European privind protecția datelor cu caracter personal nr.679/2016 –*** | [ ]  Da[ ]  Nu |
| ***Prin semnarea și transmiterea acestui formular de înregistrare, consimt că am luat la cunoștință și garantez că voi respecta Metodologia Proiectului.*** | [ ]  Da[ ]  Nu |