# 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 |