Consiliului Naţional
de Evaluare și Acreditare în Sănătate
mun. Chișinău, str. Nicolae Testemițanu, 20.

C E R E R E
de inițiere a procedurii de evaluare și acreditare

Prin prezenta, _____
(prestatorului de servicii medicale, inclusiv denumirea comercială)
_____

Cu adresa juridică_____

reprezentată de _____
(numele prenumele conducătorului)
Numărul de contact_____ E-mail _____

solicită inițierea procedurii de evaluare și acreditare a _____

_____
(de specificat: instituția, subdiviziunea, filiala, cu adresele de amplasare)
Codul Fiscal _____

Cod IBAN _____

Banca: _____

Codul băncii _____

Persoana **responsabilă** pentru procedura de evaluare cu drept la semnătura (ordin, procură)

_____, _____
(numele, prenumele) (funcţia)
Telefon _____ E-mail:_____

_____ _____
(semnătura conducătorului) *(numele, prenumele)*

„_____”_____202_

La cerere se anexează:

1. Copia Organigramei instituției
2. Copia Autorizației sanitare de funcționare.
3. Copia Regulamentului de organizare și funcționare, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății.
4. Copia Buletinului de identitate a persoanei care depune cererea (conducătorul, reprezentantul legal, persoana desemnată (după caz).
5. Copia procurii sau copia ordinului de nominalizare a persoanei responsabile de depunerea cererii (după caz).

În cazul depunerii cererii în format electronic, se aplică semnătura electronică și se remite cererea la adresa secretariat@cneas.gov.md.

Depistarea de către Consiliu a unor date neveridice în informația declarată de solicitant servește drept temei pentru refuzul inițierii procedurii de evaluare.