**În vederea evaluării, furnizorii depun următoarele documente:**

**a)** CERERE adresată comisiei de evaluare constituită la nivelul CAS BN al cărei model este prevăzut în **Anexa 1;**

**b**) dovada plății TAXEI DE EVALUARE. Plata taxei de evaluare se face în contul **RO95TREZ10126A365000XXXX**, deschis la trezoreria statului pe seama CAS BN cod de identificare fiscal 11320078 sau la caseria CAS BN;

**c)** Copii ale următoarelor DOCUMENTE, certificate conform cu originalul pe fiecare pagină:

**c1**. Certificatul de înmatriculare și certificat constatator/act de înființare pentru sediu/punct de lucru, după caz;

**c2.** Contul deschis la Activitatea de Trezorerie și Contabilitate Publică județeană / municipiului București/Banca;

**c3.** Codul fiscal/CUI;

**c4.** **1**. Aviz de funcționare valabil pentru sediu/punctul de lucru, eliberat de Ministerul Sănătății/ Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale pentru **furnizorii de dispozitive medicale** destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale care realizează activitatea de comercializare/protezare ORL/protezare ortopedică.

**2**. Autorizație de funcționare valabilă emisă de Ministerul Sănătății pentru **farmaciile comunitare**.

**3**. Certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, eliberat de Direcția de Sănătate Publică pentru **cabinetele medicale organizate conform O.G. nr. 124/1998**, cu modificările și completările ulterioare.

**4**. Act administrativ al conducătorului autorității administrației publice locale, cu avizul conform al Ministerului Sănătății și al Ministerului Administrației și Internelor pentru **centrele de sănătate multifuncționale** cu personalitate juridică.

**c5**. Autorizația sanitară de funcționare, cu excepția furnizorilor de dispozitive medicale și farmaciilor;

**c6.** Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor;

**c7.** Dovada deținerii spațiului în care se desfășoară activitatea, pentru care se solicită evaluarea;

**d)** DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE, conform modelului prevăzut în **Anexa 3** prin care își asumă prin semnatură pe fiecare pagină realitatea, exactitatea și legalitatea datelor cuprinse în:

**d1.** CHESTIONARUL DE AUTOEVALUARE privind indeplinirea standardelor si a criteriilor de evaluare conform categoriei de furnizor din care face parte;

**d2.** TABELUL cu datele de identificare ale personalului care își desfășoară activitatea la furnizor conform modelului prevăzut în **Anexa 5**;

**d3**. TABEL care conține denumirea aparaturii medicale din dotare, conform modelului prevăzut în **Anexa 6**;