

## **PARACLINICE-ANALIZE DE LABORATOR**

### **ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE-ANALIZE DE LABORATOR**

**-dosarul se va completa in ordinea enumerata mai jos –**

**- 2014-**

1. Cerere de solicitare de intrare in relatii contractuale cu CAS Cluj pe anul 2014-**MODEL TIP(Anexa 1)**- pentru furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice-analize de laborator in anul 2014;
2. Certificatul de inregistrare:
  - 2.1 Certificatul de inregistrare in Registrul Unic al cabinetelor medicale
  - 2.2 Certificatul de inregistrare la Oficiul Registrului Comertului si certificatele constatatoare sau anexele pentru SRL-uri.
3. Contul deschis la Trezoreria Statului pentru SRL-uri si unitati sanitare, sau la banca- cod iban.
4. Certificat de inregistrare fiscala.(CUI;CIF )
5. Copia actului de identitate a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice.
6. Decizia de evaluare a furnizorului/punctelor de lucru in sistemul asigurarilor de sanatate valabila la data incheierii contractului.
7. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical- pentru furnizor - valabila pana la data de 31.12.2014;
8. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate:
  - 8.1 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – medicii cuprinsi in contract- valabila pana la data de 31.12.2014;
  - 8.2 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – asistenti medicali cuprinsi in contract- valabila pana la data de 31.12.2014;
  - 8.3 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru alte categorii de personal - valabila pana la data de 31.12.2014;
9. Dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare (certificatul fiscal poate fi depus pana in data de 27.06.2014);
10. Certificatul de membru al Colegiul Medicilor din Romania pentru fiecare medic, avizat pe anul 2014;
11. Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, avizat pe anul 2014;
12. Copie a documentului care atesta gradul profesional - specialisti sau principali - biologi medicali, chimisti medicali, biochimisti medicali.. Biologii, chimistii si biochimistii care nu au grad profesional (specialist sau principal) intr-o specialitate medicala nu au titlu de biolog medical/ chimist medical/ biochimist medical.
13. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor ( contract de munca + extras REVISAL , contract prestari servicii + CIF);
14. Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar
15. Imputernicire notariala pentru relatia cu casa de asigurari de sanatate, pentru persoana care inlocuieste reprezentantul legal in absenta acestuia; se va mentiona obligatoriu obiectul imputernicirii (: pentru semnare de contracte, acte aditionale, facturi, raportari;)
16. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competentei de cel putin 4 ori in anul 2013: pe format de hartie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competentei pentru toti analitii la care laboratorul a participat in anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competentei si dovezi ale platilor efectuate sau in format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competentei, care sa contina indici statistici specifici laboratorului pentru analizele cantitative (CV, Bias, scor Z, incertitudinea valorii atribuite) sau evaluarea si indici statistici pentru programele de control extern semicantitative (ex: proteine speciale latex), calitative ordinale (ex: sumar urina) si calitative nominale (ex: grupe sange, identificare bacterii).

17. Actele doveditoare pentru participarea de cel puțin 4 ori/an la scheme de testare a competenței în anul 2014: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenței și anexe din care să reiasă tipul analizelor și frecvența cu care vor participa la schemele de testare a competenței;
18. Certificatul de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 15189 însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care laboratorul este acreditat, în termen de valabilitate (minim 43 de analize medicale din numărul de 93 de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice);
19. Declarația pe proprie răspundere privind utilizarea numai de reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale *in vitro* și au declarații de conformitate CE emise de producători.
20. Avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare.
21. Declarația privind derularea/nederularea de către furnizor de relații contractuale cu Casa O.P.S.N.A.J. sau alte case județene de asigurări de sănătate -**Anexa 2**;
22. Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform **MODEL TIP-Anexa 3(A, B, C)**
23. Lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor -conform **MODEL TIP-Anexa 4**
24. Program de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenți/ alt personal cu studii superioare-conform **MODEL TIP- Anexa 5**
25. Program de activitate al laboratorului /zile/intervale orare/activități de recoltare a probelor, pregătirea și efectuarea probelor, eliberarea rezultatelor pentru ziua precedentă-conform **MODEL TIP-Anexa 6**
26. Aparatura din dotare conform **MODEL TIP-Anexa 7**
27. Punctele de recoltare autorizate –**MODEL TIP –Anexa 8**
28. Contractele de servicii pentru aparatura din dotare, încheiate cu un furnizor avizat de Ministerul
29. Adresa de email a reprezentantului legal și a șefului de laborator

Sanatatiei conform prevederilor legale în vigoare .

***Mențiune 1: pe toată durata de 7 ore a programului de lucru a laboratorului de analize medicale este obligatorie prezența unui medic de specialitate medicina de laborator sau biolog medical, chimist medical, biochimist medical cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru din structura furnizorului, respectiv 6 ore pentru laboratorul de anatomie patologică***

***Mențiune 2: în cazul existenței punctelor de lucru tabelele de la punctele (23), (24), (25),(26) se întocmesc distinct pe fiecare punct de lucru.***

***Mențiune 3:La momentul depunerii documentației în vederea încheierii contractului pe anul 2014 tabelele menționate mai sus se depun atât în format scris cât și în format electronic.***

***Documentele se îndosariază într-un dosar de plastic cu sine..***

***Mențiune 4: Depunerea unui dosar incomplet, a unor documente neconforme sau în afara termenului de contractare stabilit duce la invalidarea dosarului.***

***Mențiune 5: Dosarul de contractare cu documentele se va depune în termenul de contractare stabilit! , la sediul CAS Cluj din strada Constanta nr.5, Cluj Napoca, etaj II cam.219(Registratură) și cam.220***

***Nota:***

***Urmăriți site-ul CAS CLUJ la rubrica info center/ info furnizori-An 2014-Contractare an 2014- Analize de laborator pentru completarea dosarului de contract în eventualitatea în care se solicită noi documente.***

***Toate documentele depuse pentru încheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi stampilate cu stampila unității și se vor certifica prin semnatura pe fiecare pagină a reprezentanților legali care vor răspunde de realitatea și exactitatea datelor, iar cele depuse în xerocopie vor purta și mențiunea “conform cu originalul”.***

*Unitate medicala*

**CERERE**

Subsemnatul(a) .....legitimat /(a)  
cu B.I/C.I. seria....., nr..... ,in calitate de reprezentant legal  
al..... furnizor de..... cu sediul social în  
.....,C.U.I ..... , telefon  
fix.....(**obligatoriu**), telefon mobil..... (**obligatoriu**), fax  
.....(**obligatoriu**), adresa e-mail .....  
(**obligatoriu**), vă rog să binevoiți a aproba încheierea contractului de furnizare de servicii  
medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru **specialitățile  
paraclinice-analize de laborator** pentru anul 2014.

**PUNCT DE LUCRU:** cu sediul în ..... autorizație sanitară de  
funcționare.....

**PUNCT DE LUCRU:** cu sediul în ..... autorizație sanitară de  
funcționare.....

**PUNCT DE RECOLTARE:** cu sediul în ..... autorizație  
sanitară de funcționare.....

**PUNCT DE RECOLTARE:** cu sediul în ..... autorizație  
sanitară de funcționare.....

Semnătura și ștampila - reprezentant legal,

Data

**\*NOTĂ:**

1.Corespondența legată de derularea a contractului se va efectua în scris la:

sediul social .....

punct de lucru .....

2.Pentru situații de urgență comunicarea se va realiza pe e-mail la adresa  
(furnizor).....

Verificat pentru existența și valabilitatea documentelor

**CAS CLUJ**

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....

Sediul social / Adresa fiscala.....

***DECLARAȚIE***

Subsemnatul (a), .....  
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ...., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice și cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

Casa de Asigurări de Sănătate limitrofe .....

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

UNITATEA SANITARA  
 .....

**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim  
 cu BI /CI .....seria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste  
 conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

**Medic specialist...../primar.....** in  
 specialitatea.....angajat la unitatea  
 sanitara:.....  
 precizez ca mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume  
 ( Semnatura si parafa )

UNITATEA SANITARA  
 .....

**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim  
 cu BI /CI ....seria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste  
 conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

**Asistent medical** ..... **in specialitatea**.....angajat la  
 unitatea sanitara:.....  
 precizez ca mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume  
 ( Semnatura )

UNITATEA SANITARA.....

**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim  
 cu BI /CI .....seria.....nr:.....cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste  
 conform prevederilor Art 292 Cod penal ,declar pe proprie raspundere urmatoarele:

**Chimist, biolog, biochimist principal** / **chimist, biolog, biochimist specialist**

**Chimist, biolog, biochimist** /angajat la unitatea

sanitara:.....

Laboratorul de :.....

precizez ca mai lucrez la urmatoarele unitati sanitare :

1. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

2. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

3. unitatea sanitara.....cu norma .....

PROGRAM DE LUCRU					
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata

Data:

Nume Prenume  
 ( Semnatura)

Furnizor de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale.....

Punct de lucru 1)

## STRUCTURA PERSONAL

## MEDICI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFA	SPECIALITATEA/C OMPETENTA	SPECIALITATEA/C OMPETENTA *	GRAD PROFESIONAL
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

\*)se completeaza in cazul in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii

Total medici=

## ASISTENTI MEDICALI DE LABORATOR

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA **)	
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Total asistenti medicali de laborator=

## CHIMISTI, BIOCHIMISTI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				CONTRACT DE MUNCA **)		COD PARAFA (DUPA CAZ)	GRAD PROFESIONAL
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT		
1	2	3	4	5	6	5	6	7	8	9	10

Total chimisti=

## BIOLOGI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				CONTRACT DE MUNCA **)		COD PARAFA (DUPA CAZ)	GRAD PROFESIONAL
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT		
1	2	3	4	5	6	5	6	7	8	9	10

Total biologi=

1) in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, se intocmesc tabele distincte pentru personalul aferent

\*\*) Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca, PFA, etc.)

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii



**PROGRAM DE ACTIVITATE**

<b>Nr. Crt</b>	<b>NUME SI PRENUME MEDIC</b>	<b>PROGRAM DE LUCRU</b>					
		<b>Luni</b>	<b>Marți</b>	<b>Miercuri</b>	<b>Joi</b>	<b>Vineri</b>	<b>Sâmbătă</b>
1							
2							
3							

<b>Nr. Crt</b>	<b>NUME SI PRENUME ASISTENTI MEDICALI, TEHNICIENI DE LABORATOR</b>	<b>PROGRAM DE LUCRU</b>					
		<b>Luni</b>	<b>Marți</b>	<b>Miercuri</b>	<b>Joi</b>	<b>Vineri</b>	<b>Sâmbătă</b>
1							
2							
3							

<b>Nr. Crt</b>	<b>NUME SI PRENUME ALT PERSONAL CU STUDII SUPERIOARE (CHIMISTI, BIOCHIMISTI, BIOLOGI)</b>	<b>PROGRAM DE LUCRU</b>					
		<b>Luni</b>	<b>Marți</b>	<b>Miercuri</b>	<b>Joi</b>	<b>Vineri</b>	<b>Sâmbătă</b>
1							
2							
3							

*Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in declaratii*

*Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor*

*Reprezentant legal*

*Nume și prenume, semnătură, ștampilă*

*Data întocmirii*

**Tabel (3) - MODEL TIP**

**Unitatea medicala.....**

**Anexa 6**

**PROGRAM DE ACTIVITATE**

<b>Nr. Crt</b>	<b>DENUMIREA ACTIVITATII</b>	<b>PROGRAM DE LUCRU</b>					
		<b>Luni</b>	<b>Marți</b>	<b>Miercuri</b>	<b>Joi</b>	<b>Vineri</b>	<b>Sâmbătă</b>
<b>1</b>	<b>RECOLTAREA PROBELOR</b>						
<b>2</b>	<b>PREGATIREA SI EFECTUAREA ANALIZELOR</b>						
<b>3</b>	<b>ELIBERAREA REZULTATELOR</b>						

**Nota : Programul de activitate al laboratorului de analize medicale nu poate fi mai mic de 8 ore**

**Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in declaratii**

**Reprezentant legal**

**Nume și prenume, semnătură, ștampilă**

**Data întocmirii**

UNITATEA SANITARA.....

## APARATURA DIN DOTARE

NR. CRT.	TIP SI DENUMIRE APARAT	SERIE /NUMAR APARAT	DATA FABRICATIEI	ACT DETINERE			CONTRACT SERVICE APARATURA			AVIZAREA APARATULUI DE CATRE M.S.P
				TIP ACT (CONTRACT VANZARE- CUMPARARE, LEASING, INCHIRIERE, FACTURA)	NR. ACT	TERMEN DE VALABILITATE	NR.CONTRACT	FIRMA CARE EFECTUEAZA SERVICE-ul	DATA EFECTUARII SERVICE (2 VERIFICARI/AN)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in declaratii*

*Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor*

**REPREZENTANT LEGAL**

*Nume și prenume, semnătură, ștampilă*

*Data întocmirii*

**Tabel (5) - MODEL TIP**

UNITATEA SANITARA.....

**PUNCTE DE RECOLTARE**

<b>NR. CRT.</b>	<b>PUNCT DE RECOLTARE AUTORIZAT</b>	<b>LOCALITATE</b>	<b>ADRESA STR,NR</b>	<b>AUTORIZATIA SANITARA DE FUNCTIONARE A PUNCTULUI DE RECOLTARE NR</b>	<b>AUTORIZATIA SANITARA DE FUNCTIONARE PT. MIJLOCUL DE TRANSPORT AL PROBELOR BIOLOGICE NR.</b>	<b>NUMAR DE INMATRICULARE AUTOVEHICUL</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>

**Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art. 292 Cod penal privind falsul in declaratii**  
**Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor**

**REPREZENTANT LEGAL**

**Nume și prenume, semnătură, ștampilă**

**Data întocmirii**