

**ACTE NECESARE FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE PENTRU
INCHIEIEREA CONTRACTULUI PRIVIND DOZAREA HEMOGLOBINEI GLICOZILATE
din cadrul Programului National de Diabet Zaharat**

- 2014 -

1. *Opisul (format A4) completat de fiecare furnizor (stampilat,semnat);*
2. Cerere pentru intrarea in relatie contractuala cu CAS Cluj, conform **MODEL TIP –Anexa 1;**
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. Dovada de evaluare a furnizorului de servicii medicale paraclinice/punctului de lucru in sistemul asigurarilor de sanatate valabila la data incheierii contractului;
6. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical- **pentru furnizor** - valabila pana la data de 31.12.2014;
7. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical **pentru personalul** care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract funcționează sub incidența acestuia, valabila pana la data de 31.12.2014;
8. Certificatul de membru de la Colegiul Medicilor din Romania vizat pe verso pentru anul 2014(pentru fiecare medic);
9. Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, vizat pe verso pentru anul 2014;
10. Asigurarea de raspundere civila pentru practica medicala, pentru personalul de specialitate – **medici cuprinsi in contract-** valabila pana la data de 31.12.2014;
11. Asigurarea de raspundere civila pentru practica medicala, pentru personalul de specialitate – **asistenti medicali cuprinsi in contract-** valabila pana la data de 31.12.2014;
12. Asigurarea de raspundere civila pentru practica medicala, pentru **alte categorii de personal** - valabila pana la data de 31.12.2014;
13. 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.
14. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor (contract de munca + extras REVISAL , contract prestari servicii + CIF);
15. Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar
16. 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);
18. Declaratia privind derularea/nederularea de catre furnizor de relatii contractuale cu Casa O.P.S.N.A.J. sau alte case judetene de asigurari de sanatate –**Anexa 2;**
19. Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform MODEL TIP –**Anexa 3 (A,B,C)**
20. 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 poate fi depus pana la data de 27.06.2014);
21. Dovada participarii la schemele de testare a competentei pentru laboratoarele de analize medicale –dozarea hemoglobinei glicozilate, respectiv dovada platii contractului de participare pentru anul 2014.
22. Certificatul de acreditare in conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde analiza hemoglobinei glicozilate, în termen de valabilitate.

23. Avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare (necesară efectuării HbA1c).
24. 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
19. Tabel (1) - structura personal - conform **MODEL TIP Anexa 4**
20. Tabel (2) - program de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenți/ alt personal cu studii superioare - conform **MODEL TIP- Anexa 5**
21. Tabel (3) - 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**
22. Tabel (4) - aparatura din dotare conform **MODEL TIP- Anexa 7**

Mențiuni:

-Pentru toată durata de 7 ore a programului de lucru a laboratorului de analize medicale este obligatorie prezenta 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;

-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 solicitate vor fi depuse obligatoriu în dosar în ordinea menționată în opis cu numerotarea paginilor

-Toate documentele depuse pentru încheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi ștampilate cu ștampila unității și se vor certifica pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină, iar cele depuse în xerocopie vor purta mențiunea "conform cu originalul" pe fiecare pagină.

-Documentele solicitate vor fi perforate și îndosariate într-un dosar de plastic cu șină, în ordinea menționată în opis. Documentele nu vor fi puse în folii de plastic.

- Depunerea unui dosar incomplet, a unor documente neconforme sau în afara termenului de contractare duce la invalidarea dosarului.

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.

CERERE

Catre,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI CLUJ

Subsemnatul (a).....
 legitimat cu B.I./C.I. seria....., nr....., in calitate de
 reprezentant legal al

.....
 cod fiscal, cu **sediul social în localitatea**.....și
punct de lucru în localitatea....., telefon fix.....(**obligatoriu**),
 telefon mobil..... (**obligatoriu**), fax....., adresă e-mail
(**obligatoriu**), va rog sa binevoiti a aproba încheierea contractului de
 furnizare de servicii medicale pentru specialitatile paraclinice in cadrul Programului
 national de diabet zaharat – dozarea hemoglobinei glicozilate în Sistemul Asigurarilor
 Sociale de Sanatate pentru anul 2014 cu CAS Cluj.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data	Reprezentant legal
.....	(semnatura si stampila)

***NOTĂ:**

1. Corespondența legată de derularea 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 al....., 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

Case de Asigurări de Sănătate limitrofe

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

Furnizor de servicii medicale paraclinice
.....**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
cu BI /CIseria.....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)

Furnizor de servicii medicale paraclinice
.....**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
cu BI /CIseria.....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)

Furnizor de servicii medicale paraclinice
.....**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim
cu BI /CIseria.....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,biochimistangajat 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)

Tabel (1) - MODEL

TIP

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/CMDR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFA	SPECIALITATEA	COMPETENTA	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

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

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 si prenume, semnatura, stampila

Data intocmirii

PROGRAM DE ACTIVITATE

Nr. Crt	NUME SI PRENUME MEDIC	PROGRAM DE LUCRU						Total ore
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	
1								
2								
3								

Nr. Crt	NUME SI PRENUME ASISTENȚI MEDICALI, TEHNICIENI DE LABORATOR	PROGRAM DE LUCRU						TOTAL ORE
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	
1								
2								
3								

Nr. Crt	NUME SI PRENUME ALT PERSONAL CU STUDII SUPERIOARE (CHIMISTI, BIOCHIMISTI, BIOLOGI)	PROGRAM DE LUCRU						TOTAL ORE
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	
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

PROGRAM DE ACTIVITATE

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

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

UNITATEA SANITARA.....

APARATURA DIN DOTARE

NR. CRT.	TIP SI DENUMIRE APARAT	SERIE SI NR.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