

## **PARACLINICE-EXPLORĂRI FUNCȚIONALE**

### **ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII PARACLINICE-EXPLORĂRI FUNCȚIONALE**

**-dosarul se va completa în ordinea enumerata mai jos –  
OPIS 2014**

1. Cerere de solicitare de intrare în relații contractuale cu CAS Cluj pe anii **2014-2015 -MODEL TIP-Anexa 1-pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice-explorări funcționale în anii 2014-2015**
2. Certificatul de înregistrare:
  - 2.1 Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al cabinetelor medicale
  - 2.2 Actul de înființare sau organizare
  - 2.3 Certificatul de înregistrare la Oficiul Registrului Comerțului și certificatele constatatoare sau anexele pentru SRL-uri.
3. Structura organizatorică aprobată/avizată de MS pentru unitățile sanitare publice .
4. Contul deschis la Trezoreria Statului pentru SRL-uri și unități sanitare, sau la banca- cod iban.
5. Certificat de înregistrare fiscală (CUI;CIF )
6. Copia actului de identitate a reprezentantului legal al furnizorului de servicii paraclinice.
7. Decizia de evaluare a furnizorului în sistemul asigurărilor de sănătate valabilă la data încheierii contractului.
8. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical- **pentru furnizor** – valabilă până la data de 31.12.2014
9. Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, avizat pe anul 2014.
10. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru personalul de specialitate:
  - 10.1 Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **medici cuprinși în contract**- valabilă până la data de 31.12.2014
  - 10.2 Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **asistenți medicali cuprinși în contract**- valabilă până la data de 31.12.2014
11. Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare (certificatul fiscal poate fi depus până în data de 27.06.2014);
12. Imputernicire notarială pentru relația cu casa de asigurări de sănătate, pentru persoana care înlocuiește reprezentantul legal în absența acestuia; se va menționa obligatoriu obiectul imputernicirii (pentru semnare de contracte, acte adiționale, facturi, raportari);
13. 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**;
14. Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici.
15. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor (contract de muncă+extras REVISAL, contract prestări servicii+CIF)
16. Copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar.
17. Avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare.
18. Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform **MODEL TIP –Anexa 3(A,B)**.
21. Lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor -conform MODEL TIP-Anexa 4
22. Program de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenți -conform **MODEL TIP-Anexa-5**
23. Aparatura din dotare-conform **MODEL TIP-Anexa 6**
24. Declarație de program a furnizorului / zile/ intervale orare conform **MODEL TIP –Anexa 7**
24. Contractele de servicii pentru aparatura din dotare.

**Mențiune 1: Pe toată durata programului de lucru de 6 ore a laboratorului este obligatorie prezenta unui medic cu specialitatea/ competența de explorări funcționale în fiecare laborator / punct de lucru din structura furnizorului.**

**Mențiune 2: 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.**

**Mențiune 3: Documentele se indosariază într-un dosar de plastic cu sînă**

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

**Mentiunea 4: 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) si cam.220**

*Nota.*

*Urmarii site-ul CAS CLUJ la rubrica info center/ info furnizori/ an 2014 /Contractare 2014/ laboratoare explorari functionale pentru completarea dosarului de contract in eventualitatea in care se solicita noi documente.*

*Toate documentele depuse pentru incheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi stampilate cu stampila unitatii si se vor certifica prin semnatura pe fiecare pagina a reprezentantilor legali care vor raspunde de realitatea si exactitatea datelor, iar cele depuse in xerox copie vor purta si mentiunea "conform cu originalul".*

1. CERERE - MODEL TIP

*Unitate medicala*

**CERERE**

Subsemnatul(a) .....  
reprezentant legal al unității medicale .....  
cu sediul în .....,C.U.I....., telefon  
.....(*obligatoriu*), fax .....(*obligatoriu*),  
adresa e-mail ..... (*obligatoriu*), vă rog să binevoiți a aproba  
încheierea contractului pentru *servicii medicale paraclinice-explorări funcționale* în  
*asistența medicală ambulatorie de specialitate* pentru anii **2011-2012**.

Punct de lucru cu sediul.....

Semnătura și ștampila - reprezentant legal,

Data

Verificat pentru existenta si valabilitatea documentelor.

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 Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

Casa de Asigurări de Sănătate .....

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 )

**STRUCTURA PERSONAL**

**MEDICI**

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFĂ	SPECIALITATEA EXPLORARI FUNCTIONALE	GRAD PROFESIONAL	ALTE STUDII COMPLEMENT
			SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARI	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 situatia in care un medic are mai multe specialitati paracliniceconfirmate prin ordin al ministrului sanatatii

**Total medici=**

**ASISTENTI MEDICALI**

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 EXPIRARI	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

**Total asistenti medicali =**

\*\*) 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>
1						
2						
3						

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

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

*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 /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