

Furnizor de servicii medicale _____
Sediul social/Adresa fiscala _____

DECLARATIE

Subsemnatul*¹(a) _____ legitimat(a) cu B.I./C.I. seria _____ nr. _____, in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca lista cupinzand persoanele inscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusa in format electronic la Casa de Asigurari de Sanatate Cluj, in vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara pentru anul 2014 este valabila si conforma cu evidentele proprii existente la data de *² _____.

Subsemnatul*³(a) _____ legitimat(a) cu B.I./C.I. seria _____ nr. _____, in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca lista/listele cuprinzand persoanele inscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusa/depuse in format electronic la Casa de Asigurari de Sanatate Cluj in vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara pentru anul 2014 este/sunt valabila/valabile si conforma/conforme cu evidentele proprii existente la data de*⁴ _____, pentru urmatorii medici de familie:

Nota:

*¹ Pentru cabinetele medicale individuale

*^{2,4} Se va trece data la care a incetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*³ Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat

- societate civila medicala

- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, infiintata potrivit Legii societatilor nr.31/1990 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare

- cabinet care functioneaza in structura sau in coordonarea unei unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie

Data

**Reprezentant legal
(semnatura si stampila)**

Anexa nr. 2

Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitate

Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Medic de familie/
.....
(nume prenume)
CNP medic de familie/
.....

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ
DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE**

Nr Crt	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	Varsta*)	Data intrarii in evidenta medicului de familie
1	HTA		
2	Diabet zaharat tip II		
3	Dislipidemie		
4	BPOC		
5	Astm bronsic		
6	Boala cronica de rinichi		

*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

NOTE:1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.

2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.

3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

4. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

***Răspundem de realitatea și exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,***

.....

Data:

Denumirea furnizorului _____
 Sediul social/ Adresa fiscală _____
 Telefon programari consultatii _____

DECLARAȚIE DE PROGRAM - 2014

Punct de lucru _____

Subsemnatul (a) _____, 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 programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Cluj se desfășoară astfel:

<i>Locația unde se desfășoară activitatea</i>	<i>Adresa</i>	<i>Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate</i>							
		<i>Luni</i>	<i>Marți</i>	<i>Miercuri</i>	<i>Joi</i>	<i>Vineri</i>	<i>Sâmbătă</i>	<i>Duminică</i>	<i>Sărbători legale</i>
<i>CABINET</i>									
<i>TEREN</i>									
<i>Punct de lucru*</i>									
<i>Medic angajat</i>									
<i>Asistent(ă)</i>									

*se va completa în funcție de nr.de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent. Punctele de lucru trebuie să fie autorizate și evaluate.

Data

Reprezentant legal (semnătura și ștampila)
