

CONVENȚIE

Privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală pentru anul 2014.

-În atenția medicilor din cabinetele medicale școlare/ cabinetele medicale studentești din unitățile de învățământ superior care sunt finanțate de la bugetul de stat-

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

Opisul (format A4) completat de fiecare medic (ștampilat,semnat)

1. Cerere încheiere CONVENȚIE pentru anul 2014(Anexa 1).
2. Autorizația sanitară de funcționare pentru **cabinete medicale școlare/ studentești**
3. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru medici valabila până la 31.12.2014.
4. Certificatul de membru de la Colegiul Medicilor vizat pe verso pentru anul 2014.
5. Copie a actului de identitate pentru medici .
6. Codul de parafă al medicului.
7. Date de contact : telefon ,fax, e-mail.
8. Certificat de înregistrare fiscală de la Primăria municipiului / orasului- Direcția de Asistență Socială ; Consiliul Județean.
9. Tabel Structura personal - Anexa 2.

Mențiuni:

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

-Toate documentele depuse pentru încheierea convențiilor pentru anul 2014 vor fi ștampilate cu ștampila unității și se vor certifica pentru conformitate cu originalul prin semnătura medicului dentist, pe fiecare pagină, iar cele depuse în xerocopie vor purta mențiunea “conform cu originalul” pe fiecare pagină.

-Documentele solicitate vor fi perforate și îndosariate OBLIGATORIU într-un dosar de plastic (pentru încopciat) cu șină, în ordinea menționată în opis

Documentele nu vor fi puse în folii de plastic.

Dosarele incomplete și documentele neconforme ca formă, conținut sau valabilitate nu pot fi validate.

CERERE

Către,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ

Subsemnatul /(a).....
 legitimat/(a) cu B.I./C.I. seria....., nr....., în calitate de medic
 care își desfășoară activitatea în cabinetul medical **scolar/ studentesc**, din unitatea de
 învățământcu sediul în
 localitatea.....cod fiscal.....,
 telefon fix (**obligatoriu**),....., telefon mobil (**obligatoriu**), fax
, adresă e-mail (**obligatoriu**),,
 solicit prin prezenta, încheierea convenției valabilă pentru anul 2014 privind eliberarea
 biletelor de trimitere pentru:

- servicii medicale clinice
- pentru eliberarea precipțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală pentru anul 2014.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data

.....

Medic

(semnatura si stampila)

***NOTĂ:**

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

Verificat pentru existența și valabilitatea documentelor

STRUCTURA PERSONAL

ANEXA 2

Date privind medicul										Date privind sediul Cabinetului / Dispensarului						
Nr. crt.	Nume medic	Prenume medic	CNP medic	CodParafa medic	Numar Certificat MembruColegiu / data	Specialitate	Grad profesional	Polita asigurare malpraxis	Valabilitate asigurare malpraxis	Denumire Cabinet	Oras	Adresa Cabinet	Judet	Telefon	e-mail	Observatii