Cerere ,

privind intrarea în relatii contractuale cu C.A.S. Cluj ca furnizor de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, pentru anul 2014

Subsemnatul/ Subsemnata …… in calitate de reprezentant al S.C. "……..……..……" S.R.L./S.A. cu sediul social în localitatea……., tel. ....., fax. ....., e-mail ....., prin prezenta solicit încheierea unui contract de furnizare de dispozitive medicale pentru anul 2014 cu C.A.S. Cluj, pentru punctele de lucru din ***judeţul Cluj***, situate la adresa:
punct de lucru 1 …….....…..…...,
punct de lucru 2 …….....……..,
sau
in cazul in care societatea are sediul social situat ***in alt judet***, in vederea deservirii asiguratilor din judetul Cluj, cu un punct de lucru avand adresa: .....….....…….....….….....
In acest sens anexez următoarele documente:

1. Dovada de evaluare a furnizorului, pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele de lucru, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, pentru care solicita incheierea contractului cu C.A.S. Cluj;
2. Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de mențiuni cu evidentierea reprezentantului legal si a codurilor CAEN, daca este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;
3. Contul deschis la Trezoreria Statului;
4. Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis / emise de Ministerul Sănătății Publice, şi / sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă / emise de producător (traduse de un traducator autorizat), după caz;
5. Avizul de funcționare ,după caz, emis de Ministerul Sănătății;
6. Dovada asigurarii de răspundere civilă în domeniul medical, valabilă până la data de 31.12.2014, pentru furnizor si pentru personalul medico-sanitar angajat;
7. Lista personalului de specialitate angajat, conform ***anexei 1***;
8. Copie dupa actul constitutiv;
9. Copie BI / CI pentru reprezentantul legal/imputernicitul furnizorului şi pentru personalul de specialitate angajat;
10. Împuternicire autentificata notarial, din partea reprezentatntului legal al furnizorului, pentru semnarea contractului / actelor aditionale si semnarea raportarilor, dupa caz;
11. Declarație privind programul de activitate de la sediul social lucrativ şi de la punctele de lucru autorizate si evaluate, ***conform anexei 2;***
12. Dovada plății contribuției la Fondul Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate, conform prevederilor legale în vigoare şi a contribuției pentru concedii medicale, conform prevederilor legale în vigoare;
13. Declarație privind derularea/nederularea relațiilor contractuale cu: Casa Asigurarilor de Sanatate a A.O.P.S.N.A.J., sau alte case județene de asigurări de sănătate, conform a***nexei 3***;
14. Lista tipurilor de dispozitive medicale aflate în oferta furnizorului, conform ***anexei 4***;
15. Lista prețurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate valabile pentru anul 2014;

16. Lista cu adresa sediului social lucrativ si a punctelor de lucru, conform ***anexei 5;***
17. Nr. telefon, fax, adresa e-mail(pentru comunicari in regim de urgenta), atât pentru sediul social, cât şi pentru punctele de lucru comunicate.
18. Corespondenta se realizeaza la:
    - sediul social lucrativ /nelucrativ ☐ ***Da*** / ☐ ***Nu***

      sau
    - punctul de lucru din _____ ☐ ***Da*** / ☐ ***Nu***

Data:

Semnătura si stampila
reprezentantului legal

NOTĂ

1. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în ***dosar*** de încopciat din plastic, cu şină, în ordinea menţionată în opis, iar acesta va fi depus la Registratura C.A.S. Cluj .
2. Toate documentele vor fi depuse în ***formatu***l solicitat.
3. Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma „ conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina.

Anexa 1

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

LISTA PERSONALULUI MEDICO-SANITAR ANGAJAT PENTRU SEDIUL SOCIAL LUCRATIV ŞI PENTRU PUNCTELE DE LUCRU, CONFORM CERERII

Nr. crt	Numele şI prenumele	Seria si nr. BI/CI	CNP	Adresa sediul social/punctului de lucru	Profesia	Polița de asigurare malpraxis*		
						Nr, data	Valabilă de la	până la

- se va mentiona daca societatea nu are personal medical

Data

_____

Reprezentant legal (semnătura şi ştampila)

_____

Anexa 2

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul (a), ... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu C.A.S. CLUJ se desfăşoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	**Adresa/ telefon**	**Program de lucru în contract cu CAS CLUJ**							
		Luni	**Marți**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**	**Sărbători legale**
Sediu social <u>lucrativ</u>									
Punct de lucru/ punct secundar de lucru									

* se va completa în functie de numarul de puncte de lucru ale furnizorului; în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită intrarea în contract, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent.

Data

……

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

……

Anexa 3

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

DECLARATIE

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

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti

  DA ☐ NU ☐

- Case județene de asigurari de sănătate (altele decât C.A.S. Cluj)

  DA ☐ NU ☐

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

.....

Anexa 4

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

Tipurile de dispozitive medicale aflate în oferta furnizorului

Nr crt	Tip dispozitiv	Da / Nu
1	Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.	
2	Dispozitive pt protezare stomii	
3	Dispozitive pt incontinență urinară	
4	Proteze pt membrul inferior	
5	Proteze pt membrul superior	
6	Dispozitive de mers	
7	Orteze pt coloana vertebrală	
8	Orteze pt membrul superior	
9	Orteze pt pentru membrul inferior	
10	Încălțămintea ortopedică	
11	Dispozitive vizuale	
12	Echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva	
13	Dispozitive pt terapia cu aerosoli salini	
14	Proteza externa de san	
15	Dispozitive pt administrarea medicamentatiei si alimentatiei artificiale	

Nota: proteza de san se acorda incepand cu anul 2015

Data

……

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

……..

S.C.

Anexa 5

LISTA CUPRINZAND ADRESA PENTRU SEDIUL SOCIAL LUCRATIV ŞI PENTRU PUNCTELE DE LUCRU, CONFORM CERERII

Nr. crt	Sediul social lucrativ/ Puncte de lucru	Localitatea	Adresa	E-mail	telefon	Decizia de evaluare nr. / data	Decizia de evaluare data expitare	Polița de asigurare malpraxis		
								Nr	Valabilă de la	până la

Data

_____

Reprezentant legal (semnătura şi ştampila)

_____