

PARACLINICE

ACTE NECESARE PENTRU ACTUL ADIȚIONAL PENTRU SERVICII PARACLINICE- ECOGRAFII, EKG, RADIOGRAFII DENTARE

**□ LA CONTRACTUL DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN
ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU
SPECIALITĂȚILE CLINICE-ECOGRAFII**

**□ LA CONTRACTUL DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE ÎN
ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ-ECOGRAFII+EKG**

**□ LA CONTRACTUL DE FURNIZARE DE SERVICII DE MEDICINA
DENTARĂ –RADIOGRAFII DENTARE(RETROALVEOLARĂ ȘI PANORAMICĂ)**

-dosarul se va completa in ordinea enumerata mai jos –

- 2014 -

1. Cerere de solicitare de intrare in relatii contractuale cu CAS Cluj pe anul 2014 -**MODEL TIP- Anexa 1 pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice-ecografii,radiografii dentare in anul 2014;**
2. Certificatul de inregistrare:
 - 2.1 Certificatul de inregistrare in Registrul Unic al cabinetelor medicale
 - 2.2 Actul de infiintare sau organizare
 - 2.3 Certificatul de inregistrare la Oficiul Registrului Comertului si certificatele constatatoare sau anexele pentru SRL-uri.
3. Structura organizatorica aprobata/avizata de MS pentru unitatile sanitare publice ;
4. Contul deschis la Trezoreria Statului pentru SRL-uri si unitati sanitare sau la banca- cod iban ;
5. Certificat de inregistrare fiscala.(CUI;CIF);
6. Copia actului de identitate a reprezentantului legal al furnizorului de servicii paraclinice;
7. Decizia de evaluare a furnizorului in sistemul asigurarilor de sanatate valabila la data incheierii contractului;
8. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical- **pentru furnizor** – valabila pana la data de 31.12.2014;
9. Certificatul de membru al Colegiul Medicilor din Romania pentru fiecare medic, avizat pe anul 2014;
10. Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, avizat pe anul 2014;
11. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate:
 - 11.1 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **medicii cuprinsi in contract-** valabila pana la data de 31.12.2014;
 - 11.2 Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **asistenti medicali cuprinsi in contract-** valabila pana la data de 31.12.2014;
12. 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 fiscal poate fi depus pana in data de 27.06.2014).;
13. 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;
14. Declarația 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;**
15. Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici;
16. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor (contract de munca + extras REVISAL , contract prestari servicii + CIF);
17. Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar;
18. Avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare.
19. Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform **MODEL TIP –Anexa 3(A,B)**
20. Lista personalului de specialitate care isi desfasoara activitatea la furnizor -conform **MODEL TIP-Anexa 4**
21. Program de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenti -conform **MODEL TIP-Anexa-5**
22. Aparatura din dotare-conform **MODEL TIP-Anexa 6**
23. Contractele de service pentru aparatura din dotare, incheiate cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii conform prevederilor legale in vigoare.

Mențiune 1: 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 2: Documentele se indosariaza într-un dosar de plastic cu sina

Mențiune 3: Depunerea unui dosar incomplet, a unor documente neconforme sau în afara termenului de contractare stabilit duce la invalidarea dosarului.

Mențiunea 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 an 2014- Ecografii pentru completarea dosarului de contract în eventualitatea în care se solicita noi documente.

Toate documentele depuse pentru încheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi stampilate cu stampila unitatii si se vor certifica prin semnatura pe fiecare pagină a reprezentantilor legali care vor raspunde de realitatea si exactitatea datelor, iar cele depuse în xerocopie vor purta si mentiunea "conform cu originalul".

1. CERERE - MODEL TIP

Unitate medicala

CERERE

Subsemnatul /(a).....
legitim/(a) cu B.I./C.I. seria....., nr....., în calitate de
reprezentant legal alfurnizor de.....cu **sediul
social în localitatea.....și punct de lucru în
localitatea.....**,
cod fiscal....., telefon fix.....(**obligatoriu**), telefon
mobil.....(**obligatoriu**), fax.....,adresă e-mail
.....(**obligatoriu**), vă rog să binevoiți a aproba încheierea:

Actului adițional pentru **servicii medicale paraclinice-ecografii** la contractul de
furnizare de servicii medicale în **asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru
specialitățile clinice** pentru anul 2014.

Actului adițional pentru **servicii medicale paraclinice-ecografii** la contractul de
furnizare de servicii medicale în **asistența medicală primară** pentru anul 2014.

Actului adițional pentru **servicii medicale paraclinice-EKG** la contractul de
furnizare de servicii medicale în **asistența medicală primară** pentru anul 2014.

Actului adițional pentru **servicii medicale paraclinice-radiografii
dentare(retroalveolară și panoramică)** la contractul de furnizare de servicii de medicină
dentară pentru anul 2014.

Semnătura și ștampila - reprezentant legal,

Data

***NOTĂ:**

1. Corespondența legată de derularea a 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, 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 de Asigurări de Sănătate limitrofe.....

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

UNITATEA SANITARA

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)

UNITATEA SANITARA

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)

STRUCTURA PERSONAL

MEDICI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	B/CI	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFA	SPECIALITATEA/COMPETENTA	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

*Se completeaza in cazul in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii
Total medici=

ASISTENTI MEDICALI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	B/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 =

** Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca, PFA, etc.)

*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 si prenume, semnatura, stampila*

Data intocmirii

PROGRAM DE ACTIVITATE

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

Nr. Crt	NUME SI PRENUME ASISTENTI MEDICALI	PROGRAM DE LUCRU				
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri
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