

## OPIS

1. Cererea pentru intrarea în relație contractuală cu C.A.S. Cluj (anexa 1, respectiv anexa 1 PNS);
2. Împuternicire notarială pentru relația cu casa de asigurări de sănătate, pentru persoana care înlocuiește reprezentantul legal în absența acestuia; se va menționa obligatoriu obiectul împuternicirii: pentru semnare de contracte, acte adiționale, facturi, raportări.
3. 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);
4. Dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului;
5. Autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății;
6. Certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică - eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România - filiala Cluj, avizat pentru anul 2014;
7. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă până la data de 31.12.2014;
8. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic – (farmaciștii și asistenții de farmacie) - care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă până la data de 31.12.2014;
9. Certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România, avizat pe anul 2014, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate.
10. Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții de farmacie, avizat pe anul 2014;
11. Certificat de înmatriculare la Registrul comerțului sau actul de înființare;
12. Contul deschis la Trezoreria Statului;
13. Program de lucru atât pentru farmacii cât și pentru oficiile locale de distribuție (anexa 3)
14. Declarație 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 4);
15. Lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor și durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi și număr ore/săptămână) – anexa 2;
16. Contractele de muncă / convențiile de prestări servicii ale personalului de specialitate;
17. Copie BI / CI pentru reprezentantul legal și pentru personalul de specialitate angajat;
18. Declarația fiecărui farmacist referitor la încadrarea / neîncadrarea sa în alte farmacii (anexa 6);
19. Declarație pentru adresa de corespondență – anexa 5.

Către

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ**

Subsemnatul ....., reprezentant legal al S.C. “.....” S.R.L. din localitatea....., prin prezenta solicit încheierea unui *contract de furnizare de medicamente fără contribuție personală precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate în tratamentul ambulatoriu pentru anul 2014*, între societatea pe care o reprezintă și C.A.S. Cluj, în vederea eliberării de medicamente în regim gratuit în cadrul subprograme de sănătate prin următoarele puncte de lucru (farmacii și oficine locale):

<i>Nr crt</i>	<i>Denumire farmacie / punct de lucru</i>	<i>Adresa</i>	<i>Nr telefon / fax</i>

Solicit încheierea de contract pentru eliberarea de medicamente în cadrul următoarelor subprograme:

<i>Subprogramul de sănătate</i>	<i>Da</i>	<i>Nu</i>
PN 3 - ONCOLOGIE		
PN 5 – DIABET ZAHARAT		
PN 6** – HEMOFILIE, TALASEMIE ȘI ALTE BOLI RARE		
PN 9.7 – STĂRI POST TRANSPLANT		

\* Se va înscrie semnul X în coloana corespunzătoare opțiunii farmaciei

\*\* PN 6 include bolile rare: Mucoviscidoza, Epidermoliza buloasă, Scleroza amiotrofică

Data:

Semnătura

L.S.

## Lista personalului de specialitate\*

Nr. crt.	Nume, prenume	CNP	Functia	ziua	Program de activitate în săpt. pare	ziua	Program de activitate în săpt. impare	Norma nr. ore/zi	Polita de asigurare nr.	Valabila de la data	Pina la data
1				Luni		Luni					
				Marti		Marti					
				Miercuri		Miercuri					
				Joi		Joi					
				Vineri		Vineri					
				Simbata		Simbata					
				Duminica		Duminica					
				Sărb legale		Sărb legale					
2				Luni		Luni					
				Marti		Marti					
				Miercuri		Miercuri					
				Joi		Joi					
				Vineri		Vineri					
				Simbata		Simbata					
				Duminica		Duminica					
				Sărb legale		Sărb legale					
3				Luni		Luni					
				Marti		Marti					
				Miercuri		Miercuri					
				Joi		Joi					
				Vineri		Vineri					
				Simbata		Simbata					
				Duminica		Duminica					
				Sărb legale		Sărb legale					

\* Se va mentiona obligatoriu programul de lucru din fiecare zi a saptamanii al fiecarui farmacist si asistent de farmacie, atat in cazul saptamanilor pare, cat si a celor impare

Data

Semnătura si stampila  
reprezentantului legal

Denumirea furnizorului .....

Sediul social/Adresa fiscală .....

**DECLARAȚIE DE PROGRAM**

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:

Punct de lucru*	Adresa	Nr telefon	Program de lucru în contract cu CAS CLUJ							
			Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale

\*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului – *farmacii si oficine locale* - în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data .....

Reprezentant legal  
(semnătura și ștampila)

.....

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 pedepsește conform  
 legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract (pentru farmacii  
 sau oficine locale) și cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței  
 Naționale și Autorității Judecătorești

NU

DA

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

NU

DA , în localitatea ..... județul.....

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

Denumirea furnizorului .....

Sediul social .....

### ***DECLARAȚIE PENTRU CORESPONDENȚĂ***

Subsemnatul(a), ..... B.I./C.I. seria ....., nr. ...., în calitate de reprezentant legal, declar că doresc să primesc corespondența scrisă de la Casa de Asigurări de Sănătate Cluj la :

- Sediul social al societății farmaceutice, situat la adresa:

.....

NU                      DA  
                     

- Sediul punctului de lucru, situat în localitatea ....., str.

..... nr. ...., ap. ....

NU                      DA  
                     

Adresa de e-mail (atribuită de C.A.S. Cluj) .....

Nr. telefon fix ....., telefon mobil .....

Nr. fax .....

Data  
.....

Reprezentant legal  
(semnătura și ștampila)

.....

**SOCIETATEA COMERCIALĂ FARMACEUTICĂ**  
.....**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim  
cu BI /CI .....seria.....nr:.....cunoscând că falsul in declarații se pedepsește  
conform prevederilor Art 292 Cod penal, declar pe proprie răspundere următoarele:

**Farmacist**.....angajat al societății farmaceutice S.C.  
.....precizez că nu sunt angajat / sunt angajat la alte  
farmacii\*:

Farmacia S.C. ....S.R.L. cu norma întreagă / fracțiune de  
normă.....

PROGRAM DE LUCRU						
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminică

\* Conform art nr. 138(2) din H.G. nr. 400/2014, :” *Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate, în situația în care, la unul dintre furnizori asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții*”

În funcție de situație, se va tăia cu o linie sintagma “sunt angajati” sau “nu sunt angajat”; datele farmaciei și programul de activitate se completează **numai** în cazul în care angajatul lucrează și într-o altă farmacie.

Data:

Nume, Prenume

Semnatura