

## **ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU**

### **ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU**

**-dosarul se va completa in ordinea enumerata mai jos –**

#### **- OPIS 2014 –**

- 1.** Cerere de solicitare de intrare in relatii contractuale cu C.A.S Cluj pentru anul **2014 (MODEL TIP-Anexa 1)**-pentru furnizarea de servicii de ingrijiri pliative la domiciliu.
- 2.** Autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății pentru furnizarea de servicii de îngrijiri pliative la domiciliu.
- 3.** Certificat de inregistrare fiscala (CUI;CIF),cod numeric personal (copie BI/CI,dupa caz) al reprezentantului legal,dupa caz.
- 4.** Împuternicire notarială pentru persoana care inlocuieste reprezentantul legal în relația cu Casa de asigurări de sănătate; se va mentiona obligatoriu obiectul imputernicirii:semnare contract,acte aditionale,predare raportari,facturare,etc.
- 5.** Dovada de evaluare a furnizorului valabilă la data încheierii contractului pentru fiecare punct de lucru.
- 6.** Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor - valabila pana la 31.12.2014 cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului
- 7.** Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic angajat ,vizat pe verso pentru anul 2014( valabilitate pana la 31.12.2014).
- 8.** Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R pentru personalul mediu sanitar, vizat pe verso pentru anul 2014 (valabilitate pana la 31.12.2014) pentru fiecare angajat.
- 9.** Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul medico-sanitar:
  - 9.1** Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – medici care isi desfasora activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care vor fi inregistrati in contract si vor functiona sub incidenta acestuia - valabila pana la 31.12.2014, in cuantumul sumelor prevazute de legislatia in vigoare.
  - 9.2** Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, pentru personalul de specialitate – asistenti medicali care isi desfasora activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care vor fi inregistrati in contract si vor functiona sub incidenta acestuia - valabila pana la 31.12.2014, in cuantumul sumelor prevazute de legislatia in vigoare.
- 10.** 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 la data de 27.06.2014).
- 11.** Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor (pentru fiecare angajat): contract de munca + extras REVISAL sau contract prestari servicii + CIF.
- 12.** Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu-sanitar.
- 13.** Lista cu structura de personal cuprins in contract - conform **MODEL TIP-Anexa 2.**
- 14.** Programul de activitate/zile/intervale orare/medic/ asistenti- conform **MODEL TIP-Anexa 3**

15. Programul de lucru al furnizorului/zile/intervale orare conform **MODEL TIP-DECLARATIE DE PROGRAM- Anexa 4 (conform Anexa 44 din Normele de aplicare a Contractului Cadru 2014)**.
16. Lista cu echipamentele aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii ,conform **MODEL TIP- Anexa 5**.
17. Lista cu instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii conform **MODEL TIP – Anexa 6**.
18. Lista care cuprinde parcul auto pe tip de mașină conform **MODEL TIP – Anexa 7**.
19. Declarația pe proprie răspundere a medicilor și asistenților medicali cu privire la alte locuri de muncă – **Anexa 8**-pentru medici, **Anexa 8A**-pentru asistenți
20. Dovada functionarii cu personal de specialitate în îngrijiri paliative la domiciliu:
  - copie a atestatului de specialitate în îngrijiri paliative pentru medici
  - copie a certificatului de absolvire a unui curs de îngrijiri paliative pentru personalul mediu sanitar

### **Mențiuni:**

*-La momentul depunerii documentației în vederea încheierii contractului pe anul 2014 anexele menționate mai sus se depun atât în format scris cât și în format electronic.*

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

*-Toate documentele depuse pentru încheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi ștampilate cu ștampila unității, iar cele depuse în xerocopie se vor certifica pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului cu mențiunea “conform cu originalul” pe fiecare pagină.*

*-Documentele solicitate vor fi perforate și îndosariate **OBLIGATORIU** într-un dosar de plastic cu șină, în ordinea menționată în opis.*

*-Documentele nu vor fi puse în folii de plastic.*

*-Depunerea unui dosar incomplet sau a unor documente neconforme ca formă, conținut sau valabilitate sau nedepunerea acestora în termenul de contractare duce la invalidarea dosarului.*

## CERERE

Către,

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul /(a).....  
 legitimat/(a) cu B.I./C.I. seria....., nr....., în calitate de  
 reprezentant legal al .....furnizor 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**), solicit prin prezenta, încheierea contractului de  
 furnizare de servicii medicale de :

- îngrijiri medicale la domiciliu (avizat de Ministerul Sănătății)
- îngrijiri paliative la domiciliu (avizat de Ministerul Sănătății)

în Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul 2014, cu CAS Cluj.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

**\*NOTĂ:**

1.Corespondența legată de derularea 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

## STRUCTURA PERSONAL

## MEDICI

NR. CRT.	NUM E SI PRENUME	CNP	BI/CI		CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PARA FA	SPECIALIT ATEA	COMPETENTA	GRAD PROFESIONAL	ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA (la contractul de ingrijiri paleative)
			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	17	18	

Total medici

## ASISTENTI MEDICALI

NR. CRT.	NUM E SI PRENUME	CNP	BI/CI			ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA **)		ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA (la contractul de ingrijiri paleative)
			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		

Total asistenti medicali =

\*\*) Se va specifica forma legala in care se exercita profesia

*Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor**Reprezentant legal**Nume și prenume, semnătură, ștampilă**Data întocmirii*

**PROGRAM DE ACTIVITATE**

<b>Nr. Crt</b>	<b>NUME SI PRENUME MEDIC</b>	<b>PROGRAM DE LUCRU</b>							
		<b>Luni</b>	<b>Marți</b>	<b>Miercuri</b>	<b>Joi</b>	<b>Vineri</b>	<b>Sâmbătă</b>	<b>Duminică</b>	<b>TOTAL ORE</b>
1									
2									
3									

<b>Nr. Crt</b>	<b>NUME SI PRENUME ASISTENTI MEDICALI</b>	<b>PROGRAM DE LUCRU</b>							
		<b>Luni</b>	<b>Marți</b>	<b>Miercuri</b>	<b>Joi</b>	<b>Vineri</b>	<b>Sâmbătă</b>	<b>Duminică</b>	<b>TOTAL ORE</b>
1									
2									
3									

*Certific de realitatea si legalitatea datelor cunoscand prevederile Art.292 Cod penal privind falsul in declaratii*

*Reprezentant legal*

*Nume și prenume, semnătură, ștampilă*

*Data întocmirii*

Denumirea furnizorului

.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

.....

**DECLARATIE DE PROGRAM**

punct de lucru.....

.....

**Subsemnatul (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 programul de lucru in contract cu CAS Cluj se desfasoara astfel:**

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu CAS Cluj							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale
Sediul social									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*									
Domiciliu beneficiari									

\* 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 mentionează distinct cu programul de lucru aferent.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

## ECHIPAMENTELE DIN DOTARE

NR. CRT.	DENUMIRE ECHIPAMENT	TA FABRICAT	ACT DETINERE		
			TIP ACT (CONTRACT VANZARE- CUMPARARE, LEASING, INCHIRIERE, FACTURA)	NR. ACT	TERMEN DE VALABILITATE
1	2	3	4	5	6

*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*

**INSTRUMENTARUL DIN DOTARE**

NR. CRT.	DENUMIRE INSTRUMENTAR	DATA FABRICATIEI	ACT DETINERE		
			TIP ACT (CONTRACT VANZARE-CUMPARARE, LEASING, INCHIRIERE, FACTURA)	NR. ACT	TERMEN DE VALABILITATE
1	2	3	4	5	6

*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*



*Tipuri de mașini, Parc auto*

NR. CRT.	TIP AUTOVEHICUL	Număr de înmatriculare a mașinii	CARTEA MAȘINII	ACT DETINERE	
				DOCUMENTELE CARE ATESTĂ MODUL DE DEȚINERE A MAȘINII	TIPUL DE PERSONAL CARE DESERVEȘTE MAȘINA
1	2		3	4	5

*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*

DENUMIREA FURNIZORULUI

.....

**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim  
cu BI /CI .....seria.....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 )

DENUMIREA FURNIZORULUI

.....

**DECLARATIE**

Subsemnatul/a.....cu CNP.....legitim  
cu BI /CI ....seria.....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 )