

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE 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-Anexa1**)-pentru furnizarea de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu.
- 2.** Autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății pentru furnizarea de servicii de îngrijiri medicale 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

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 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**), 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.	NUME SI PRENUMERE	CNP	B/C I	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA		COD PAR AFA	SPECIALITATEA	COMPETENTA	GRAD PROFESIONAL	ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA (la contractul de ingrijiri)
				SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARI	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. 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.	NUME SI PRENUMERE	CNP	B/C I	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA				ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA		CONTRACT DE MUNCA (**)		ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA (la contractul de ingrijiri)
				SERIE SI NR.	SERIE	NR	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARI	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	NR. 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

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

PROGRAM DE ACTIVITATE

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

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

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 DEȚINERE	
				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 /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)

DENUMIREA FURNIZORULUI

.....

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)