

## RECUPERARE-REABILITARE A SĂNĂTĂȚII

### ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE SERVICII MEDICALE DE SPECIALITATE DE RECUPERARE – REABILITARE A SĂNĂTĂȚII ȘI ACUPUNCTURĂ ÎN AMBULATOR PENTRU ANUL 2014

-dosarul se va completa in ordinea enumerată mai jos conform opisului –

#### OPIS 2014

1. Cerere de solicitare de intrare în relații contractuale cu CAS Cluj pentru anul **2014 -MODEL TIP(ANEXA 1) -pentru furnizarea de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile de RECUPERARE-REABILITARE a sănătății pentru anul 2014.**
2. Certificatul de înregistrare:
  - 2.1 Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al cabinetelor medicale.
  - 2.2 Actul de înființare sau organizare
  - 2.3 Certificatul de înregistrare la Oficiul Reg.Comerțului si certificatele constatatoare sau anexele pentru SRL-uri.
3. Structura organizatorică aprobată/avizată de MS pentru unitățile sanitare publice - **CABINET DE SPECIALITATE ȘI LABORATOR DE RECUPERARE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOFIZIOTERAPIE, CABINET DE ACUPUNCTURĂ.**
4. Contul deschis la Trezoreria Statului pentru SRL-uri si unitati sanitare, sau banca- pentru cabinete medicale
5. Certificat de inregistrare fiscala.(CUI;CIF )
6. Copia actului de identitate a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și acupunctură în ambulator .
7. Dovada de evaluare a furnizorului în sistemul asigurărilor de sănătate valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
8. Dovada asigurării de raspundere civila in domeniul medical- **pentru furnizor ( exceptie fac CMI-uri) -** valabilă la data încheierii contractului și până la 31.12.2014, în cuantumul sumelor prevazute de legislatia în vigoare
9. Certificatul de membru de la Colegiul Medicilor din România pentru fiecare medic, certificate de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, certificat de libera practică pentru kinetoterapeuți si fiziokinetoterapeuți vizate pe verso pentru anul 2014 și valabile până la 31.12.2014.
10. Dovada asigurării de raspundere civila în domeniul medical, pentru personalul de specialitate:
  - 10.1 Dovada asigurării de raspundere civila în domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **medici cuprinși in contract-** valabilă la data încheierii contractului până la 31.12.2014, în cuantumul sumelor prevazute de legislatia în vigoare
  - 10.2 Dovada asigurării de raspundere civila în domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **kinetoterapeuti si fiziokinetoterapeuti cuprinși în contract-** valabilă la data încheierii contractului până la 31.12.2014, în cuantumul sumelor prevazute de legislatia în vigoare
  - 10.3 Dovada asigurării de raspundere civila în domeniul medical, pentru personalul de specialitate – **asistenți medicali cuprinși în contract-** valabilă la data încheierii contractului până la 31.12.2014, în cuantumul sumelor prevazute de legislatia în vigoare
11. Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată la CAS CLUJ până la data de 27.06.2014.
12. **Declarația pe proprie răspundere a reprezentantului legal cu privire la contractele încheiate cu Casele de asigurări de sănătate (CAS OPSNAJ,ALTE CASE JUDETENE)-Anexa 2.**
13. Copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici.

14. Copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizorul de servicii medicale( contract de munca+extras REVISAL, contract prestari servicii+CIF).
15. Copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar.
16. Împuternicire notarială pentru relația cu Casa 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, etc...-**Anexa 3**.
17. **Declarațiile pe proprie răspundere a personalului angajat cu privire la alte locuri de muncă-conform (Anexa 3A,3B,3C )**.
18. Lista cu structura de personal -conform **MODEL TIP-Anexa 4**.
19. Programul de activitate – orar cabinete- zile/ore /medic/ kineto si fiziokinetoterapeuti/ asistenti- conform **MODEL TIP - Anexa 5**.
20. Programul de activitate -orar bază de tratament /intervale orare/medic/ kineto si fiziokinetoterapeuti/ asistenti- conform **MODEL TIP -Anexa 6**.
21. Aparatura din dotare- contractele de service pentru aparatura din dotare - conform **MODEL TIP-Anexa- 7**.
22. Evaluarea sălii de kinetoterapie,program de activitate săptămânal al sălii de kinetoterapie și al bazei de tratament- **Anexa – 7A, 7B, 7C**.
23. Lista cuprinzând codurile numerice personale ale asiguraților cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie conform **MODEL TIP-Anexa 8** (termen limita de depunere .... orele ...).
24. Program de lucru al furnizorului- zile/ore/ conform **MODEL TIP-DECLARATIE DE PROGRAM- Anexa 9**.

**\*Programul de lucru al furnizorului va respecta Anexa 45 din Ordinul MS-CNAS 619/360/2014 .**

**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 solicitate vor fi perforate și îndosariate **OBLIGATORIU** într-un **dosar de plastic** cu șină, în ordinea menționată în opis cu numerotarea paginilor. Documentele nu vor fi puse în folii de plastic. Toate documentele vor fi depuse în formatul solicitat. Depunerea unui dosar incomplet, a unor documente neconforme ca formă, conținut, valabilitate sau nedepunerea în termenul de contractare duce la invalidarea dosarului .

**Nota :**

**\*)** Toate documentele depuse pentru incheierea contractelor pentru anul 2014 vor fi ștampilate cu ștampila unității și se vor certifica pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină, iar cele depuse în xerox copie vor purta mențiunea “conform cu originalul” pe fiecare pagină.

**\*\*)** Urmariti **site-ul CAS CLUJ** la rubrica **info center /info furnizori Ian 2014 /Recuperare Reabilitare a Sănătății /Cerere și documente necesare pentru completarea dosarului de contract în eventualitatea în care se solicită noi documente.**

**Dosarul de contractare cu documentele se va depune în termenul de contractare stabilit!**

**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 :

**servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare  
 a sănătății pentru anul 2014.**

**servicii medicale de acupunctură pentru anul 2014.**  
 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 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 în asistență medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății pentru anul 2014.***

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 clinice și cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești
- Case de Asigurări de Sănătate limitrofe.....

Data  
.....

Reprezentant legal  
(semnătura și ștampila)  
.....



***Furnizor de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății pentru anul 2014.***

Sediul social / Adresa fiscală.....

***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 clinice și cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești
- Case de Asigurări de Sănătate limitrofe.....

Data  
.....

Reprezentant legal  
(semnătura și ștampila)  
.....

Denumirea furnizorului.....  
.....  
Sediul social / Adresa fiscala.....  
.....

## **DECLARATIE**

**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 persoana desemnata**  
**pentru relatia cu casa de asigurari de sanatate este: .....**

.....  
**BI / CI serie...../nr.....**

**Mentionez ca unitatea si personalul respecta legislatia referitoare la**  
**protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter**  
**personal.**

**Anexez imputernicire legalizata.**

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

**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/nu 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



.....

**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/nu 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 )

**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:

**Kinetoterapeut/Fiziokinetoterapeut..... in  
specialitatea.....angajat la unitatea  
sanitara:.....**

precizez ca **mai/nu 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	BI/CI	CERTIFICAT MEMBRU CMR/CMDR		ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA			CONTRACT DE MUNCA		COD PARAFA	SPECIALITATEA	COMPETENTA	GRAD PROFESIONAL	ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	VALOARE	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Total medici=

ALT PERSONAL CU STUDII SUPERIOARE  
FIZIOKINETOTERAPEUTI SI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA		CONTRACT DE MUNCA **)		ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA			ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	VALOARE		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Total =

## ASISTENTI MEDICALI

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	BI/CI	ALP/CERTIFICAT MEMBRU ASOCIATIE PROFESIONALA		ASIGURAREA DE RASPUNDERE CIVILA			CONTRACT DE MUNCA **)		SPECIALITATEA/COMPETENTA	ALTE LOCURI DE MUNCA	NORMA
			SERIE SI NR.	DATA ELIBERARII	DATA EXPIRARII	NR. CERTIFICAT	VALABILA PANA LA	VALOARE	NR. CONTRACT	TIP CONTRACT			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Total asistenti me

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

*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*

**Tabel (2) - MODEL TIP**

Unitatea medicala.....

ANEXA 5

**PROGRAM DE ACTIVITATE -ORAR CABINETE**

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

Nr. Crt	NUME SI PRENUME KINETO SI FIZIOKINETOTERAPEUT,PR OFESOR DE CULTURA FIZICA MEDICALA	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	TOTAL ORE
1							
2							
3							

Nr. Crt	NUME SI PRENUME ASISTENTI MEDICALI	PROGRAM DE LUCRU					
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	TOTAL ORE
1							
2							
3							

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

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

*Nota: Sala de kinetoterapie si bazinul de hidrokinetoterapie se puncteaza numai daca la furnizor isi desfasoara activitatea cel putin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala.*

*Punctajele pentru lit.A.2 si A.3 se acorda pentru incadrarea cu personal de specialitate(un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala) pentru o norma intraga(8 ore).*

*Pentru fractiuni de norma, punctajele aferente lit.A.2 si A.3 se ajusteaza proportional.*

*Reprezentant legal*

*Nume și prenume, semnătură, ștampilă*

*Data întocmirii*

**PROGRAM DE ACTIVITATE -ORAR BAZA DE TRATAMENT**

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

Nr. Crt	NUME SI PRENUME KINEZIOLOG SI FIZIOKINETOTERAPEUT/P PROFESOR DE CULTURA FIZICA MEDICALA	PROGRAM DE LUCRU					TOTAL ORE
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	
1							
2							
3							

Nr. Crt	NUME SI PRENUME ASISTENTI BALNEOTERAPIE	PROGRAM DE LUCRU					TOTAL ORE
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	
1							
2							
3							

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

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

*Nota: Nu se puncteaza bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizeaza si pentru alte activitati in afara celor strict medicale care se contracteaza cu casa de asigurari de sanatate*

*Reprezentant legal*

*Nume și prenume, semnătură, ștampilă*

*Data întocmirii*

## APARATURA DIN DOTARE

NR. CRT.	TIP SI DENUMIRE APARAT	SERIE 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*

UNITATEA MEDICALA.....

EVALUAREA CAPACITATII RESURSELR TEHNICE

Nr.Crt.	DENUMIRE APARAT	SERIE SI NUMAR APARAT	VECHIME APARAT	AN FABRICATIE	NUMAR CANALE	NR.PROCEDURI CE SE POT EFECTUA PE APARAT/ORA	TOTAL PUNCTE/APARAT
1							
2							
3							

TOTAL PUNCTE:.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Semnatura si stampila

**EVALUARE SALA KINETOTERAPIE**

UNITATEA MEDICALA.....

ANEXA 7B

<b>Nr.Crt.</b>	<b>SALA KINETOTERAPIE</b>	<b>LOCATIA/INCAPEREA NR./ETAJ conform autorizatiei sanitare</b>	<b>Suprafata Utila folosita exclusiv pentru Kinetoterapie-m.p.</b>	<b>PUNCTAJ</b>
1	I	30-40 mp	8-15	
2	II	40-60mp	16-30	
3	III	>60 mp	>30	

**PERSONALUL CARE ÎȘI DESFĂȘOARA ACTIVITATEA IN CADRUL SĂLII DE KINETOTERAPIE**

<b>Nr.Crt.</b>	<b>NUME SI PRENUME KINETO/FIZIOKINETOT ERAPEUT</b>	<b>CNP-</b>	<b>SERIE SI NR. BI/CI</b>	<b>NUMAR DE ORE</b>	<b>PUNCTAJ *</b>
1					
<b>Nr.Crt.</b>	<b>NUME SI PRENUME MASEUR</b>	<b>CNP-</b>	<b>SERIE SI NR. BI/CI</b>	<b>NUMAR DE ORE</b>	<b>PUNCTAJ *</b>
1					

\* Nu se va completa

**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE**



Semnatura si stampila

UNITATEA MEDICALA.....

EVALUARE BAZIN HIDROKINETOTERAPIE

ANEXA 7C

Nr.Crt.	BAZIN KINETOTERAPIE	VOLUMUL BAZINULUI- mc	PUNCTAJ
1	I	30-40 mc	
2	II	40-60mc	
3	III	>60 mc	

PERSONALUL CARE ÎȘI DESFĂȘOARA ACTIVITATEA IN CADRUL BAZINULUI

Nr.Crt.	NUME SI PRENUME KINETO/FIZIOKINETOTE RAPEUT	CNP-	SERIE SI NR. BI/CI	NUMAR DE ORE	PUNCTAJ *
1					

  

Nr.Crt.	NUME SI PRENUME PROF.DE CULTURA FIZICA MEDICALA	CNP-	SERIE SI NR. BI/CI	NUMAR DE ORE	PUNCTAJ *
1					

\* Nu se va completa

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Semnatura si stampila

Casa de asigurări de sănătate

.....  
 Furnizorul de servicii medicale  
 .....  
 Localitate .....  
 Județ .....

Reprezentantul legal al furnizorului  
 .....  
 Medic de familie/  
 Medic de specialitate din ambulatoriu  
 .....  
 (nume prenume)

CNP medic de familie/  
 medic de specialitate din ambulatoriu  
 .....

**LISTA PERSOANELOR CU AFECȚIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENȚĂ  
 DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE/MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN  
 AMBULATORIU**

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Număr de identificare personal	Vârsta*)	Data intrării în evidența medicului de familie/ medicului de specialitate din ambulatoriu
<b>1. HTA</b>			
1.			
2			
...			
<b>2. Diabetul zaharat tip II</b>			
1.			
2			
...			
<b>3. Dislipidemie</b>			
1.			
2			
...			

4. BPOC			
1.			
2			
...			
5. Astm bronșic			
1.			
2			
...			
6. Boală cronică de rinichi			
1.			
2			
...			

\*) Se va menționa vârsta împlinită a persoanei cu afecțiune cronică. Pentru asigurații 0 - 1 an se va completa vârsta în luni.

**NOTE:**

1. În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte.
2. În cazul medicului de familie, evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate.
3. În cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.
4. Formularul se transmite în format electronic la casa de asigurări de sănătate în vederea contractării, de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.
5. Datele se vor completa cu majuscule.

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor  
 Reprezentantul legal al furnizorului,  
 .....  
 Data: .....

**Furnizor de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății pentru anul 2014.**

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 ..... se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social <b>lucrativ</b>									
Punct de lucru/ <b>punct secundar de lucru*)</b>									
.....									

\*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, 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)  
.....