

Cerere de intenție,

Subsemnatul/Subsemnata _____ în calitate de reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale în asistența medicală dentară _____,

cu sediul social în localitatea _____ str. _____ nr. _____ adresa punctului de lucru (cabinet medical) în localitatea _____ str. _____ nr. _____ telefon _____ fax _____ telefon mobil _____, e-mail _____.

Solicit încheierea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală dentară cu C.A.S. Cluj până la 31.12.2015, pe baza următoarelor documente, conform opisului:

1. Dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului ;
2. Contul deschis la Trezoreria statului (în cazul S.R.L. -lor) sau cont deschis la bancă;
3. Codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal – copia buletinului/cărții de identitate, după caz ;
4. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
5. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul 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 la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
6. Dovada plății la zi a contribuției la Fondul 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 și care trebuie prezentată CAS Cluj **până în data de 24.04.2015 (certificat de atestare fiscală)**;
7. Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România pentru fiecare medic dentist, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;
8. Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;
9. Documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști;
10. Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor (extras din Revisal);
11. Programul de activitate al sediului social lucrativ sau a punctului de lucru, după caz, precum și programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor – 3 exemplare (**Anexa nr.1**);
12. Copie a actului de identitate pentru medicii și asistenții medicali;
13. Codul de parafă pentru medicul titular și medicii angajați;
14. Declarație pe proprie răspundere care să cuprindă specificarea tuturor locurilor de muncă și a programului corespunzător fiecărui loc în parte (pe zile și ore), pentru tot personalul medico-sanitar inclus în contract ;
15. Declarație pe proprie răspundere a furnizorului, din care să rezulte că nu a încheiat sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate, contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori, care se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, sau în cadrul aceluiasi furnizor, în scopul obținerii de către acesta/personalul care își desfășoară activitatea la acesta, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legatură cu obiectul contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate (**Anexa nr.2**).
16. Imputernicire autenticată notarial din partea reprezentantului legal al furnizorului, în care se va consemna pentru ce este împuternicită persoana desemnată: pentru semnarea contractului/acte adiționale/raportări, facturi, după caz.
17. Dosar plic.

- Corespondența se realizează la : - sediul social Da/Nu
Sau
- sediul punctului de lucru (cabinet) Da/Nu

- Mă aflu în relație contractuală, ca furnizor de servicii medicale în asistența medicală dentară, cu:
- Casa Asigurărilor de Sănătate a A.O.P.S.N.A.J.: Da/Nu

Data : _____

Reprezentant legal (semnătura și ștampila)

- Obs. : Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul”, prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagina și vor fi depuse în perioada de contractare. Aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului

Denumirea furnizorului :
 Sediul social/ Adresa fiscală:
 Telefon programari consultatii:

DECLARAȚIE DE PROGRAM - 2015

Punct de lucru: _____

Subsemnatul (a) Dr _____, 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:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/Punct secundar de lucru*									
Medic angajat									

* se va completa in functie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent. Punctele de lucru trebuie sa fie autorizate si evaluate.

Data

Reprezentant legal (semnătura și ștampila)

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul /a _____ domiciliat/ă în
 _____, str. _____ nr. _____ bloc _____ scară
 _____ etaj _____, apt. _____ jud _____ posesor al CI/BI, seria _____ nr. _____ eliberat de
 _____ la data de _____, cod numeric personal _____, în calitate de
 reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale

Cunoscând dispozițiile art.326 Noul Cod Penal cu privire la falsul în declarații,

DECLAR PE PROPRIE RĂSPUNDERE următoarele:

Nu am încheiat și nu voi încheia pe parcursul raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură pentru mine/personalul angajat la furnizorul de servicii pe care-l reprezint, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Dau prezenta declarație în conformitate cu art.18 alin.3 din HG nr.205/2015 privind modificarea și completarea HG nr.400/2014 pentru aprobarea Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, fiindu-mi necesară la Casa de Asigurări de Sănătate Cluj pentru încheierea contractului pentru anul 2015.

Data _____

DECLARANT

(nume, prenume, semnătură și ștampilă)