

Cerere de intenție,

Subsemnatul/Subsemnata _____ în calitate de reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale în asistența medicală primară _____, cu sediul social în localitatea _____ str. _____ nr. _____ adresa punctului de lucru (cabinet medical) în localitatea _____ str. _____ nr. _____ telefon _____ fax _____ telefon mobil _____, e-mail _____,

prin prezenta solicit încheierea unui act adițional privind prelungirea valabilității până la data de 31.12.2015 a Contractului pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară/centre de permanentă nr./2014, încheiat cu C.A.S. Cluj.

Prezentei cereri, anexez următoarele:

- 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 (certificat de atestare fiscală pentru furnizor).
- lista personalului medico-sanitar, actualizată la data de 01.04.2015 (**Anexa nr.1**).
- 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 aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către acesta/personalul care își desfășoară activitatea la acesta de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate (**Anexa nr.2**).

Obs: - Ultima zi de depunere a certificatului de atestare fiscală va fi **24.04.2015, orele 13.00**.

- În situația în care, au apărut modificări de conținut a documentelor care au stat la baza încheierii contractului pentru anii 2014-2015, se vor atașa prezentei cereri.

Data: _____

**Semnătura și stampila
reprezentantului legal**

Furnizor de servicii medicale _____
Sediul social/Adresa fiscala _____

Lista personalului medico - sanitar

Anexa nr.1

Nume/Prenume	CNP	Serie nr. BI/CI	Specialitate grad profesional	Certificat de membru		Asigurare de malpraxis		Nr.Contract de munca si perioada determinata / nedeterminata	Norma intreaga/ fractiune
				numar	valabilitate (de la – pana la)	numar	valabilitate (de la–pana la)		

Reprezentant legal (semnătura și ștampila)

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul /a _____ domiciliat/ă
în _____, str. _____ nr. _____ bloc _____ scară
_____ etaj _____, ap. _____ 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)