

Cerere de intenție,

Subsemnatul/Subsemnata _____ reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale _____, 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 cu C.A.S. Cluj, a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare în regim de gardă, pana la 31.12.2015, cu Centrul de permanenta din localitatea _____ str. _____ nr. _____ telefon _____ fax _____, pe baza urmatoarelor documente*, conform opisului :

1. Decizia de infiintare a Centrului de Permanenta;
2. Autorizația Sanitară de Funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberata/eliberat de Directia de Sănătate Publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege;
3. Contul deschis la Trezoreria Statului (în cazul S.R.L.-lor) sau cont deschis la banca;
4. Codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare, dupa caz;
5. Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru medicii de familie care asigura serviciul in regim de garda prin centrele de permanenta, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
6. Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
7. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
8. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor într-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract si functioneaza sub incidenta acestuia, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;. Furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;
9. Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurari sociale de sanatate precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale în vigoare (**certificat de atestare fiscala pentru furnizor**). Ultima zi de depunere a certificatului de atestare fiscala va fi **24.04.2015, orele 13.00** .
10. Copie ale contractelor de munca sau ale contractelor de prestari servicii ale personalului medical care participa la asigurarea continuitatii asistentei medicale primare prin centrele de permanenta (extras din Revisal);
11. Copie a actului de identitate pentru reprezentantul legal, medicii si personalul mediu sanitar ;
12. Cod parafă pentru medicii de familie care asigura serviciul in regim de garda prin centrele de permanenta
13. Declaratie pe proprie raspundere care sa cuprinda specificarea tuturor locurilor de munca și a programului corespunzator fiecarui loc de munca (pe zile si ore), pentru tot personalul medico-sanitar inclus în contract (medici, asistenti medicali/sora medicala/moașă);
14. Pentru rezidentii in anul III in specialitatea medicina de familie, o adeverinta de la medicul la care isi desfasoara practica, care atesta nivelul de pregatire profesionala si anul de pregatire ;
15. Declaratie pe proprie raspundere a furnizorului, din care sa rezulte ca nu a incheiat sau nu incheie pe parcusul derularii raporturilor contractuale cu casa de asigurari de sanatate, contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori, care se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, sau in cadrul aceluiasi furnizor, in scopul obtinerii de catre acesta/personalul care isi desfasoara activitatea la acesta de foloase/beneficii de orice natura, care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casa de asigurari de sanatate (**Anexa nr.1**).
16. Dosar plic .

Data : _____

Reprezentant legal (semnatura si stampila)

* Obs. : Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma, conform cu originalul” prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina si vor fi depuse in perioada de contractare. Aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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)