

Furnizor de servicii medicale _____
Sediul social/Adresa fiscala _____

DECLARATIE

Subsemnatul*¹(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 lista cupinzand persoanele inscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusa in format electronic la Casa de Asigurari de Sanatate Cluj, in vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara pentru anul 2015 este valabila si conforma cu evidentele proprii existente la data de *² _____.

Subsemnatul*³(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 lista/listele cuprinzand persoanele inscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusa/depuse in format electronic la Casa de Asigurari de Sanatate Cluj in vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara pentru anul 2015 este/sunt valabila/valabile si conforma/conforme cu evidentele proprii existente la data de*⁴ _____, pentru urmatoorii medici de familie:

Nota:

*¹ Pentru cabinetele medicale individuale

*^{2,4} Se va trece data la care a incetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*³ Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civila medicala
- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, infiintata potrivit Legii societatilor nr.31/1990 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare
- cabinet care functioneaza in structura sau in coordonarea unei unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie

Data

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)

Anexa nr. 2

Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitate
Județ

Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Medic de familie/
.....
(nume prenume)
CNP medic de familie/
.....

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

Nr Crt	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	Varsta*)	Data intrarii in evidenta medicului de familie
1	HTA		
2	Diabet zaharat tip II		
3	Dislipidemie		
4	BPOC		
5	Astm bronsic		
6	Boala cronica de rinichi		

*) 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:

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)

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

DECLARAȚIE DE PROGRAM - 2015

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 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
CABINET									
TEREN									
Punct de lucru*									
Medic angajat									
Asistent(ă)									

*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 se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent. Punctele de lucru trebuie să fie autorizate și evaluate.

Data

Reprezentant legal (semnătura și ștampila)
