Cerere de intentie ,

Subsemnatul/ Subsemnata …… in calitate de reprezentant al S.C. "…….……..……" S.R.L./S.A. cu sediul social în localitatea……., tel. ....., fax. ....., e-mail ....., prin prezenta solicit încheierea unui contract de furnizare de dispozitive medicale pana la data de 31.12.2016 cu C.A.S. Cluj, pentru punctele de lucru, situate la adresa:
punct de lucru 1 …….....…….…..,
punct de lucru 2 …….....……..,
In acest sens anexez următoarele documente:

1. Dovada de evaluare a furnizorului, pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele de lucru, valabila la data incheierii contractului, **cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului**;
2. Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de mențiuni cu evidentierea reprezentantului legal si a codurilor CAEN, daca este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;
3. Contul deschis la Trezoreria Statului;
4. Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis / emise de Ministerul Sănătății Publice, şi / sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă / emise de producător (traduse de un traducator autorizat), după caz;
5. Avizul de funcționare ,după caz, emis de Ministerul Sănătății;
6. Dovada asigurarii de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor si pentru personalul medico-sanitar angajat, **cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului**, valabila pana la 31.12.2016;
7. Lista personalului de specialitate angajat, conform **anexei 1**;
8. Copie dupa actul constitutiv;
9. Copie BI / CI pentru reprezentantul legal/imputernicitul furnizorului şi pentru personalul de specialitate angajat;
10. Împuternicire autentificata notarial, din partea reprezentantului legal al furnizorului, in care se va mentiona obiectul imputernicirii (ex. semnare contract / acte aditionale / semnare raportari / semnare facturi, etc);
11. Declarație privind programul de activitate de la sediul social lucrativ şi de la punctele de lucru autorizate si evaluate, **conform anexei 2;**
12. Dovada plății contribuției la Fondul Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate, conform prevederilor legale în vigoare şi a contribuției pentru concedii medicale, conform prevederilor legale în vigoare si care trebuie prezentata CAS Cluj **pana in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de CAS Cluj (certificat de atestare fiscala),** respectiv la data de **25.07.2016**;
13. Declarație privind derularea/nederularea relațiilor contractuale cu: Casa Asigurarilor de Sanatate a.O.P.S.N.A.J., sau alte case județene de asigurări de sănătate, conform a**nexei 3**;
14. Lista tipurilor de dispozitive medicale aflate în oferta furnizorului, conform **anexei 4**;
15. Lista prețurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate valabile pentru anul 2016 (atat pe suport de hartie cat si electronic);
16. 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 conform **anexei 5.**

17. Declaratie pe proprie raspundere din care sa rezulte toate dispozitivele medicale pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza conform **anexei 6.**

18. Lista cu adresa sediului social lucrativ si a punctelor de lucru, conform **anexei 7;**
19. Nr. telefon, fax, adresa e-mail(pentru comunicari in regim de urgenta), atât pentru sediul social, cât şi pentru punctele de lucru comunicate.
20. Corespondenta se realizeaza la:
    - sediul social lucrativ /nelucrativ ☐ **Da** / ☐ **Nu**

      sau
    - punctul de lucru din _____ ☐ **Da** / ☐ **Nu**

Data:

Semnătura si stampila
reprezentantului legal

NOTĂ

1. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în **dosar** cu sina din plastic, în ordinea menţionată în opis, iar acesta va fi depus la Registratura C.A.S. Cluj .
2. Toate documentele vor fi depuse în **formatu**l solicitat.
3. Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma „ conform cu originalul” si prin semnatura reprezentantului legal, **pe fiecare pagina** si vor fi depuse in perioada de contractare. Aceste documente se transmit si in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului.
4. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800-800-974

Anexa 1

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

LISTA PERSONALULUI MEDICO-SANITAR ANGAJAT PENTRU SEDIUL SOCIAL LUCRATIV ŞI PENTRU PUNCTELE DE LUCRU, CONFORM CERERII

Nr. crt	Numele şI prenumele	Seria si nr. BI/CI	CNP	Adresa sediul social/punctului de lucru	Profesia	Polița de asigurare malpraxis*		
						Nr, data	Valabilă de la	până la

- se va mentiona daca societatea nu are personal medical

Data

_____

Reprezentant legal (semnătura şi ştampila)

_____

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800-800-974

Anexa 2

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul (a), ... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu C.A.S. CLUJ se desfăşoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	**Adresa/ telefon**	**Program de lucru în contract cu CAS CLUJ**							
		Luni	**Marți**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**	**Sărbători legale**
Sediu social <u>lucrativ</u>									
Punct de lucru/ punct secundar de lucru									

* se va completa în functie de numarul de puncte de lucru ale furnizorului; în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită intrarea în contract, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent.

Data

……

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

……

Anexa 3

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a), ... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, conform art. 326 Cod Penal, cunoscând că falsul în declarații se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract şi cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti

  DA ☐ NU ☐

- Case județene de asigurari de sănătate (altele decât C.A.S. Cluj)

  DA ☐ NU ☐

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800-800-974

Anexa 4

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

Tipurile de dispozitive medicale aflate în oferta furnizorului

Nr crt	Tip dispozitiv	Da / Nu
1	Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.	
2	Dispozitive pt protezare stomii	
3	Dispozitive pt incontinență urinară	
4	Proteze pt membrul inferior	
5	Proteze pt membrul superior	
6	Dispozitive de mers	
7	Orteze pt coloana vertebrală	
8	Orteze pt membrul superior	
9	Orteze pt pentru membrul inferior	
10	Încălțămintea ortopedică	
11	Dispozitive vizuale	
12	Echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva	
13	Dispozitive pt terapia cu aerosoli	
14	Proteza externa de san	

Data

……

Reprezentant legal

(semnătura şi ştampila)

……

Anexa 5

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 şi 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 aceluiaşi 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. 194 alin. 3 din HG nr. 161/16.03.2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, modificată prin H.G. nr.432/2016, fiindu-mi necesară la Casa de Asigurări de Sănătate Cluj pentru încheierea contractului pentru anul 2016.

Data

DECLARANT

_____

(nume, prenume, semnătură şi ştampilă **)**

Anexa 6

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:

Mentionam ca toate dispozitivele medicale pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza si respecta conditiile de acordare prevazute in H.G 161/2016 cu modificarile si completarile ulterioare si in normele metodologice de aplicare a contractului cadru.

Dau prezenta declarație în conformitate cu art.152 alin.1, lit. o, din HG nr. 161/2016 pentru aprobarea Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, fiindu-mi necesară la Casa de Asigurări de Sănătate Cluj pentru încheierea contractului pentru anul 2016.

Data

DECLARANT

_____

(nume, prenume, semnătură şi ştampilă **)**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800-800-974

S.C.

Anexa 7

LISTA CUPRINZAND ADRESA PENTRU SEDIUL SOCIAL LUCRATIV ŞI PENTRU PUNCTELE DE LUCRU, CONFORM CERERII

Nr. crt	Sediul social lucrativ/ Puncte de lucru	Localitatea	Adresa	E-mail	telefon	Decizia de evaluare nr. / data	Decizia de evaluare data expitare	Polița de asigurare malpraxis		
								Nr	Valabilă de la	până la

Data

_____

Reprezentant legal (semnătura şi ştampila)

_____