SOCIETATEA FARMACEUTICA…… Anexa 2

Lista personalului de specialitate*

Nr. crt.	Nume, prenume	CNP	Functia	ziua	Program de activitate în săpt. pare	ziua	Program de activitate în săpt. impare	Norma nr. ore/zi	Nr convenție /contract de munca	Polita de asigurare nr.	Valabila de la data	Pina la data
1				Luni		Luni						
				Marti		Marti						
				Miercuri		Miercuri						
				Joi		Joi						
				Vineri		Vineri						
				Simbata		Simbata						
				Duminica		Duminica						
				Sărb legale		Sărb legale						
2				Luni		Luni						
				Marti		Marti						
				Miercuri		Miercuri						
				Joi		Joi						
				Vineri		Vineri						
				Simbata		Simbata						
				Duminica		Duminica						
				Sărb legale		Sărb legale						
3				Luni		Luni						
				Marti		Marti						
				Miercuri		Miercuri						
				Joi		Joi						
				Vineri		Vineri						
				Simbata		Simbata						
				Duminica		Duminica						
				Sărb legale		Sărb legale						

* Se va mentiona obligatoriu programul de lucru din fiecare zi a saptamanii al fiecarui farmacist si asistent de farmacie, atat in cazul saptamanilor pare, cat si a celor impare

Data

Semnătura si stampila
reprezentantului legal

Anexa 3

Denumirea furnizorului . . . . . .

Sediul social/Adresa fiscală . . . . . .
. . . . . .

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru .....
.....

Subsemnatul(a), ... 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 Casa de Asigurări de Sănătate Cluj se desfăşoară astfel:

Punct de lucru*	**Adresa**	**Nr telefon**	**Program de lucru în contract cu CAS CLUJ**							
			Luni	**Marți**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**	**Sărbători legale**

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului – ***farmacii si oficine locale*** - în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
. . . . . .

Anexa 4

Denumirea furnizorului.....

Sediul social.....

DECLARATIE

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 am / nu am contract (pentru farmacii sau oficine locale) şi cu:

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

  NU ☐ DA ☐

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

  NU ☐ DA ☐ , în localitatea ..... județul.....

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; 0264-407.130; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800 800 974
OPERATOR DE DATE CU CARACTER PERSONAL nr. 265

Anexa 5bis

ADRESA PENTRU CORESPONDENȚĂ

Corespondența scrisă de la Casa de Asigurări de Sănătate Cluj se transmite furnizorului de medicamente cu şi fără contribuție personală la următoarea adresă*) :

Sediul social al societății farmaceutice, situat în localitatea .....str. ..... nr. ....., ap. .....

NU ☐ DA ☐

Sediul punctului de lucru, situat în localitatea ....., str. ..... nr. ....., ap. .....

NU ☐ DA ☐

Adresa de e-mail .....

Nr. telefon fix ....., telefon mobil .....

Nr. fax .....

* Se notează fie adresa sediului social, fie adresa sediul punctului de lucru (nu ambele).

Anexa 6

SOCIETATEA COMERCIALĂ FARMACEUTICĂ
……

DECLARATIE

Subsemnatul/a……cu CNP.....legitimat cu BI /CI .....seria.....nr:.....cunoscând că falsul in declarații se pedepseşte conform prevederilor Art 326 Cod penal, declar pe proprie răspundere următoarele:

Farmacist…….......angajat al societății farmaceutice S.C. …….……..……precizez că nu sunt angajat / sunt angajat şi la alte farmacii*:

1. Farmacia S.C. …….……S.R.L. cu norma întreagă / fracțiune de normă……..

PROGRAM DE LUCRU						
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminică

2. Farmacia S.C. …….……S.R.L. cu norma întreagă / fracțiune de normă……..

PROGRAM DE LUCRU						
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminică

3. Farmacia S.C. …….……S.R.L. cu norma întreagă / fracțiune de normă……..

PROGRAM DE LUCRU						
Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminică

* Conform art nr. 138(3) din H.G. nr. 161/2016, cu modificările şi completările ulterioare :" *Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate, în situația în care, la unul dintre furnizori asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopții"*
În funcție de situație, se va tăia cu o linie sintagma *"sunt angajati"* sau *"nu sunt angajat*"; datele farmaciei şi programul de activitate se completează ***numai*** în cazul în care angajatul lucrează şi într-o altă farmacie.

Data:

Nume, Prenume

Semnatura

Anexa 7

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul /a _____ domiciliat/ă în localitatea _____ ____, str._____ nr.____ bloc_____scara _____etaj ____, apt. _____județul _____ posesor al CI / BI, seria_____nr._____ eliberat de _____ la data de _____, CNP _____, în calitate de reprezentant legal al furnizorului de servicii farmaceutice _____

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. 161/2016 pentru aprobarea Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările şi completările ulterioare, fiindu-mi necesară la Casa de Asigurări de Sănătate Cluj pentru încheierea contractului pentru anul 2016.

Data

DECLARANT

_____

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