Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

**în Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru**

**specialităţile paraclinice de radiologie – imagistică medicală, anul 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr.  Crt. | Document |
| 1. | cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; |
| 2. | a. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;  Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;  b. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;  Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze; |
| 3. | contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii; |
| 4. | codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz; |
| 5. | dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; |
| 6. | documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme; |
| 7. | buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, emis de Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, denumită în continuare ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz; |
| 8. | avizul de utilizare, emis de ANMDMR, pentru aparatura second-hand din dotare; |
| 9. | lista, asumată prin semnătură electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului; |
| 10. | programul de activitate al laboratorului/punctului/punctelor de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, conform modelului prevăzut în norme; |
| 11. | certificat în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară; |
| 12. | autorizaţia pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare; |
| 13. | documentele privind deţinerea mijloacelor de transport auto individualizate şi care sunt utilizate numai pentru activitatea prevăzută la lit. o); |
| 14. | lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate; |
| 15. | certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical; |
| 16. | certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical; |
| 17. | certificatul de membru al Ordinului Biochimiştilor, Biologilor, Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist medical care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical; |
| 18. | certificatul de membru al Colegiului Farmaciştilor din România, pentru farmacişti, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical. |

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Către : Casa de Asigurări de Sănătate Covasna

Din partea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. Înreg. : \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa de email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit încheierea contractului de **furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice pentru anul 2021** în condiţiile prevederilor din HG nr.696/2021 *pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru* care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 cu modificările şi completările ulterioare, precum şi cele ale Ordinului comun MS/CNAS pentru aprobarea *Normelor metodologice de aplicare pentru anul 2021 a Contractului-cadru*.

Împreună cu această cerere transmit documentele solicitate de către casa de asigurări de sănătate care stau la baza încheierii contractului conform prevederilor HG nr. 696/2021, **în format electronic asumate prin semnătură electronică**, cu excepția documentelor existente la nivelul CAS Covasna, depuse în procesele anterioare de evaluare/contractare, valabile la data prezentei cereri, documente pe care, mă oblig să le reînnoiesc pe toată perioada derulării contractului.

Reprezentant legal

(semnătura electronică extinsă/calificată)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Denumirea furnizorului\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ B.I./C.I. seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Covasna se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locaţia unde se desfăşoară activitatea | Adresa / Telefon | Program de lucru în contact cu casa de asigurări de sănătate | | | | | | |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Sărbători legale  (Da/Nu) |
| Punct de lucru |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru secundar |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data Reprezentant legal (semnătura electronică extinsă/calificată)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, posesor al BI/CI, seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al furnizorului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:

\_

|\_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale

şi Autorităţii Judecătoreşti

Data Semnătura electronică extinsă/calificată

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, posesor al BI/CI, seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al furnizorului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

cunoscând dispoziţiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul Penal, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat şi nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Covasna, contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate şi nici în cadrul unităţii medicale pe care îl reprezint , în scopul obţinerii de către subsemnatul sau personalul angajat, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Dau prezenta declaraţie în baza art. 204, alin. (2), din Anexa 2 la HG nr. 696/2021, fiind necesară la dosarul de contractare a serviciilor medicale pentru perioada 2021-2022.

Data Semnătura electronică extinsă/calificată

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_