Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de

**medicamente cu şi fără contribuţie personală**

**în tratamentul ambulatoriu, anul 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr.  Crt. | Document |
|  | cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; |
|  | dovada de evaluare a farmaciei 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. |
|  | certificatul de înmatriculare la registrul comerţului/actul de înfiinţare, după caz; |
|  | codul unic de înregistrare; |
|  | contul deschis la Trezoreria Statului; |
|  | 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; |
|  | autorizaţia de funcţionare eliberată de Ministerul Sănătăţii; |
|  | certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de CFR - filiala judeţeană; |
|  | program de lucru atât pentru farmacii, cât şi pentru oficinele locale de distribuţie, conform modelului prevăzut în norme; |
|  | lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate 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; |
|  | certificatul de membru al CFR, pentru farmaciştii înregistraţi în contractul cu casa de asigurări de sănătate valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului; |
|  | certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical de farmacie care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului. |

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.

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 perioada de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

Către : Casa de Asigurări de Sănătate Covasna

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

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

**CERERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de reprezentant legal al furnizorului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa de email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit încheierea contractului de **furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu pentru perioada 2021-2022** 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 contract cu casa de asigurări de sănătate | | | | | | | |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică | Sărbători legale  (da/nu) |
| Sediul principal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oficiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 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.

**Reprezentant legal**

Data (semnătura electronică extinsă/calificată)

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

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

....................................................

semnătură electronică extinsă/calificată