Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de

**dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe**

**organice sau funcţionale în ambulatoriu, anul 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr.  Crt. | Document |
| 1. | cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; |
| 2. | dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele 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. |
| 3. | dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a 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; |
| 4. | certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de menţiuni cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înfiinţare conform prevederilor legale în vigoare; |
| 5. | contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii; |
| 6. | certificatul/certificatele de înregistrare ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive emis/emise de Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz; |
| 7. | avizul de funcţionare emis conform prevederilor legale în vigoare, după caz; |
| 8. | 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; |
| 9. | lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele, tehnologiile şi dispozitivele asistive, prevăzute în contractul de furnizare încheiat cu casa de asigurări de sănătate; |
| 10. | lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar, după caz, 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; |
| 11. | programul de lucru, conform modelului prevăzut în norme:  1. sediul social lucrativ;  2. punctul de lucru; |
| 12. | copie de pe actul constitutiv; |
| 13. | împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz; |
| 14. | declaraţie a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale, tehnologiile şi dispozitivele asistive pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii şi tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază şi respectă condiţiile de acordare prevăzute în prezentul contract-cadru şi în norme; |
| 15. | declaraţie pe propria răspundere prevăzută în HG nr. 696/2021 la art. 204, alin. (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.

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa de email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nr. cont\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deschis la Trezoreria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicit încheierea contractului de **furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în 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 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

(semnătură 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 | Sărbători legale  (da/nu) |
| Sediul principal |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data Reprezentant legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semnătură 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 toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea prezentului contract cu CAS Covasna, corespund denumirii şi tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază şi respectă condiţiile de acordare prevăzute de HG nr. 696/2021.

Dau prezenta declaraţie în baza art. 163, alin. (1), lit. n) din Anexa nr. 2 la HG nr. 696/2021 (Contractul – cadru), fiind necesară la dosarul de contractare a serviciilor medicale pentru anul 2022.

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 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 anul 2022.

Data Semnătura electronică extinsă/calificată

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