Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii de

**îngrijiri medicale la domiciliu, anul 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr. Crt.  | Document |
|  | cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; |
|  | dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; |
|  | contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii; |
|  | copie de pe actul constitutiv; |
|  | codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate al/a reprezentantului legal, după caz; |
|  | 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; |
|  | programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme; |
|  | lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate autorizat 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; |
|  | împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz; |
|  | certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care funcţionează sub incidenţa contractului, 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; |
|  | 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; |
|  | 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; |
|  | autorizaţia de liberă practică pentru fizioterapeuţi, valabilă la data încheierii 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 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.

Medicii pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să deţină 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 servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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

(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) |
| Sediu social lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru/punct secundar de lucru\*) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domiciliu beneficiari |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dispecerat  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

 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 anul 2022.

Data Semnătura electronică extinsă/calificată

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

 **STRUCTURA DE PERSONAL**

 **CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.crt. | NUME ŞI PRENUME | CNP | CI | Cod parafa (după caz)  | Certificat/Autorizaţie de liberă practică eliberat/eliberată de Organizaţia profesională/ Autoritatea competentă, după caz \* | Specialitatea\*\* | Atestat de studii complementare  | Grad profesional | Asigurare de răspundere civilă | Documentul care atestă forma de angajare la furnizor | Program de lucru/zi (interval orar: ora de început-ora de final)\*\*\* | Total ore/săptămâna |
| Serie şi nr. |  Număr | Data eliberării | Data Expirării\*\*\*\* | Denumirea studiilor  | Din DATA  | Grad profesional  | Din DATA |  Număr | Valoare | Data eliberării | Data expirării | Tip contract(CIM/PFA/PFI,etc.) | Număr contract | DinDATA |   |
|   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidenţa contractului (medici, biologi medicali/biologi, chimişti medicali/chimişti, biochimişti medicali/biochimişti, fizicieni, bioingineri, cercetători ştiinţifici în anatomie-patologică, absolvenţi colegiu imagistică medicală, fizioterapeuţi, psihologi, etc)

\*\* se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi confirmate prin ordin al ministrului

\*\*\*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

\*\*\*\* se completează cu data expirării avizului anual

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

semnătură electronică extinsă/calificată

**B.STRUCTURA DE PERSONAL**

**PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAŞĂ) -**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.crt | Nume şi Prenume | CNP | CI | Certificat eliberat de organizaţia profesională | Specialitatea | Asigurare de răspundere civilă | Documentul care atestă forma de angajare la furnizor | PROGRAM DE LUCRU/ZI(interval orar-ora de început-ora de final)\* | Total ore/săptămâna |
| Serie şi nr. |  Număr | Data eliberării | Data expirării |  Număr | Valoare | Data eliberării | Data expirării | Tip contract (CIM/PFA/PFI,etc.) | Număr contract | Din data |   |   |
|   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

 semnătură electronică extinsă/calificată