



CASJ GORJ

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ

Str.Prahova, nr.5, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126

E-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950

casj-gj@casgorj.ro

0353 805 872 / 0353 805 873

Fax: 0253 223 621

TelVerde: 0800 800 963

Operator de date cu caracter personal numărul: 374

NR. 16924 / 01.11.2023

În atenția,

FURNIZORILOR DE SERVICII DE MEDICINA DENTARA

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2023, va invitam sa transmiteti la sediul CAS Gorj, **urmatoarele documente necesare incheierii** contractului de furnizare de servicii de medicina dentara, **numai în format electronic, asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului, la adresa de e-mail contractare_stoma@casgorj.ro** , in perioada **08.11.2023 – 10.11.2023** :

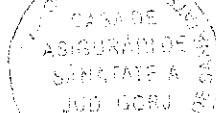
1	Cerere/solicitare pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate. Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale.(conform modelului)
2	a) Dovada de evaluare a furnizorului , precum și a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz – pentru furnizorii care au aceasta obligatie potrivit prevederilor art.253 din Legea 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului . Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala. b)Dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului , precum și a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz – pentru furnizorii care au aceasta obligatie potrivit prevederilor art. 249 din Legea 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Legii nr.185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului . Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au aceasta obligatie si au optat sa se acrediteze.
3	Cont deschis la Trezoreria Statului (pentru SRL și spitale) sau la banca (pentru CMI), potrivit legii.
4	Codul de inregistrare fiscala – codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal – copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz ;
5	Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si a societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;
6	Lista , asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, (conform modelului – Anexa nr. 49 din Norme). Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului .
7	Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru al cabinetului, al punctului/punctelor de lucru secundar(e) , (conform modelului - Anexa nr. 45 din Norme).
8	Certificat de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România , pentru fiecare medic stomatolog/dentist care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reinnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
9	Certificat de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care își desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului și reinnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de

	raspundere civila in domeniul medical.
10	Aviz eliberat de catre Directia de Sanatate Publica Gorj privind prelungirea activitatii pentru medicii care își desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si au implinit varsta de 67 ani.
11	Declaratia pe proprie raspundere a reprezentantului legal cu privire la contractele incheiate cu alte case de asigurari de sanatate (conform modelului).
12	Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare (conform modelului).
13	Declaratie privind alte locuri de munca ale personalului care isi desfasoara activitatea la furnizor in contract cu CASJ Gorj . (conform modelului)
14	Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiate sau nu incheie pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu casa de asigurari de sanatate contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiași furnizor, in scopul obtinerii de catre acestia/personalul care isi desfasoara activitatea la acestia de foloase/beneficii de orice natura, care sa fie in legatura cu obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate (conform modelului).

NOTA:

- Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.** Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
- Documentele solicitate in procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.
- Medicii pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate trebuie sa detina semnatura electronica extinsa.
- În cazul în care furnizorii de servicii medicale depun/transmit cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către C.A.S.J. Gorj și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către aceasta, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurari de Sanatate.
- Programul de lucru/medic in contract cu casa de asigurari de sanatate este de 3 ore/zi la cabinet.**
- Programul de lucru al personalului medico-sanitar** care isi desfasoara activitatea sub incidenta unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, **nu poate fi mai mare de o norma si jumatate**, indiferent de forma legala in care isi desfasoara activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflat in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

**DIRECTOR GENERAL ,
EC. FAGAS CARMEN AMALIA**



**DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE ,
EC. DANIEL CONSTANTIN SURLEA**

**INTOCMIT,
EC. BULUGEAN LAVINIA**

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Doamna Director General

Subsemnatul (a), reprezentant legal
al....., aflat la adresa,
str....., nr....., bl., sc., et., ap.
localitatea..... județul....., cu punct de lucru in
str....., nr....., bl., sc., et., ap.
localitatea..... județul....., telefon.....,
fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare
în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....autorizația sanitară de
funcționare nr....., decizia de evaluare nr...../....., cont
nr.....deschis la
....., cod fiscal, va rog a-mi aproba incheierea
contractului de furnizare de servicii de medicina dentara pentru anul 2023.

*Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CASA GORJ, in
conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 si a reglementarilor interne in
vigoare, in scopul asigurarii functionarii sistemului de asigurari sociale de sanatate.*

Data

.....

Semnătura

.....

A. STRUCTURA DE PERSONAL
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Cod parafa (după caz)	Certificat/Autorizație de liberă practică eliberat/eliberată de Organizația 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/săptămână
				Număr	Data eliberării	Data Expirării ****		Denumirea studiilor	Din DATA	Grad profesional	Din DATA	Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI,e tc.)	Număr contract	Din DATA		

* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidența contractului (medici, biologi medicali/biologi, chimiști medicali/chimiști, biochimiști medicali/biochimiști, fizicieni, bioingineri, cercetători științifici în anatomie-patologică, absolvenți colegiu imagistică medicală, fiziokinetoterapeuți, kinetoterapeuți, psihologi, etc)

** se completează în situația în care un medic are mai multe specialități confirmate prin ordin al ministrului

***programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și 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 își desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
 semnătură electronică extinsă/calificată

B. STRUCTURA DE PERSONAL
PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAȘĂ) -
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt	Nume și Prenume	CNP	Certificat eliberat de organizația 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
			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 evidențiază și 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 își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

C. STRUCTURA PERSONAL

PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Avis /Atestat de liberă practică		Atestat de studii complementare *		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar-ora de început-ora de final)**
			Data eliberării	Data expirării	Denumirea studiilor complementare	Din data	Tip contract (CIM/PFA/PFI,ETC)	Număr contract	Din data	

*atestat de studii complementare se completează doar în cazul asistențelor medicale unde se solicită

** programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și 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 își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

punct de lucru

DECLARAȚIE DE PROGRAM

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

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Sărbători legale.

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon/e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate**)							
		Luni	Martî	Miercuri	Joi	Vineri	Sămbătă	Duminică	A
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
.....									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, 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.

**) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data

.....

Reprezentant legal:

nume și prenume

semnătura

Furnizor de servicii de medicina dentara

.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARAȚIE

- model -

Subsemnatul (a),,
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant
legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe
propria răspundere că am contract de furnizare de servicii de medicina dentara
numai cu Casa de Asigurări de Sănătate Gorj .

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

FURNIZOR:
LOCALITATEA:

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că:

-mă oblig să actualizez documentele a căror valabilitate expiră pe parcursul derulării contractului încheiat cu C.A.S. Gorj.

-mă oblig să înaintez la C.A.S. Gorj documentele reînnoite, înainte de data expirării.

-mă oblig să notific C.A.S. Gorj despre modificarea oricareia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale , cu cel puțin 3 zile înainte datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, în care mă oblig să comunic cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinesc în permanentă aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract.

DATA

SEMNATURA

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de medic ☐ asistent medical ☐ fizioterapeut ☐ logoped ☐ maseur ☐ baies ☐, cunoscand prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca desfasor activitate medicala , intr-o forma legala de exercitare a profesiei , la urmatorii furnizori de servicii medicale , cu urmatorul program de lucru:

1. Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

2.Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

3.Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

Cunoscand prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca programul de lucru cumulat , indiferent de forma legala in care imi desfasor activitatea, la furnizori de servicii medicale sau medicamente aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, nu depaseste o norma si jumatate.

DATA

SEMNATURA / PARAFA (PENTRU .MEDIC)

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere ca nu am încheiat sau nu voi încheia , pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate , contracte , convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se afla în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor , în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură , care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate .

DATA

SEMNATURA