

**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. 8429/06.06.2023

**În atenția,  
FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE**

Pentru desfășurarea acțiunii de contractare pentru anul 2023 și ținând cont de prevederile Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale Ordinului comun M.S./C.N.A.S nr. 1857/441/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, vă invităm să transmiteți în perioada: 13.06.2023 – 16.06.2023, numai în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului la adresa de e-mail: **contractare\_disp@casgorj.ro** următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale:

NR. CRT.	OPIS
1	<input type="checkbox"/> Cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală pe anul 2023 cu C.A.S. GORJ, conform modelului anexat. Cererea va purta număr de înregistrare de la furnizorul de dispozitive medicale.
2	<input type="checkbox"/> Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare.
3	<input type="checkbox"/> Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii.
4	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ și pentru punctele de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația 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 dorește să intre în relație contractuală.
5	<input type="checkbox"/> Certificatul/certificatele de înregistrare ale dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător – traduse de un traducător autorizat, după caz.
6	<input type="checkbox"/> Avizul de funcționare, după caz.
7	<input type="checkbox"/> Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
8	<input type="checkbox"/> Lista prețurilor de vânzare cu amanuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele medicale, prevăzute în contractul de furnizare încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

9	<input type="checkbox"/> Lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar, după caz, care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme.
10	<input type="checkbox"/> Programul de lucru: sediul social lucrativ și punctul de lucru, conform modelului anexat.
11	<input type="checkbox"/> Copie de pe actul constitutiv.
12	<input type="checkbox"/> Împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz.
13	<input type="checkbox"/> Dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctelor de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art.249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
14	<input type="checkbox"/> Declarație a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale, pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în prezenta hotărâre și în norme.
15	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare, conform modelului anexat.
16	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu în care să se specifice dacă societatea pe care o reprezintă nu funcționează cu personal medico-sanitar angajat.
17	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu în care să specifice dacă mai are contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate pentru dispozitive medicale, conform modelului anexat.
18	<input type="checkbox"/> Declarație pe propria răspundere că nu au încheiat și nu încheie contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură, conform modelului anexat.

**Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul C.A.S.J. Gorj nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor/actelor adiționale, cu excepția documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirată. Se vor transmite în mod obligatoriu toate anexele și tabelele actualizate.**

**Documentele necesare încheierii contractelor se vor transmite în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătură electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.**

**În acest sens în perioada: 13.06.2023 – 16.06.2023, invităm furnizorii de dispozitive medicale, să transmită la adresa de e-mail: contractare\_disp@casgorj.ro a C.A.S.J. Gorj cererile de intrare în relație contractuală, însoțite de documentele prevăzute de legislația în vigoare, în vederea încheierii contractelor pentru anul 2023.**

**Documentele prevăzute de legislația în vigoare, în vederea încheierii contractelor pentru anul 2023, se vor transmite obligatoriu numai în format electronic asumate prin semnatura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal.**

**NOTĂ:**

1. În cazul în care furnizorii de dispozitive medicale 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

2. În cazul în care nu vor fi transmise toate documentele scanate și semnate cu semnătura electronică/extinsă, conform opisului de mai sus, furnizorul nu va fi acceptat la contractare.

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



**DIRECTOR DIRECȚIA RELAȚII CONTRACTUALE,  
EC. DANIEL CONSTANTIN ȘURLEA**



**ÎNTOCMIT,  
EC. MOLDOVEANU AURORA**



**FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE:**

Nr..... din.....

**Doamnei Director General,**

Subsemnatul (a) ....., reprezentant legal al.....,cu sediul în localitatea....., str....., nr....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul....., cu punct de lucru în str....., nr....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. .... localitatea..... județul/sectorul....., telefon....., fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare cu cod unic de înregistrare nr..... seria....., decizia de evaluare pentru sediul social lucrativ nr...../....., cont nr.....deschis la Trezoreria statului ..... sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal ....., va rog a-mi aproba încheierea contractului de furnizare de dispozitive medicale pentru anul 2023.

**Data**

.....

**Reprezentant legal,**

**Semnătura**

.....

**Domnului Director General al CASJ Gorj**

FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE:

.....

## DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a) ....., în calitate de reprezentant legal al ....., aflat la adresa, str....., nr....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. .... localitatea..... județul/sectorul....., 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 pentru anul 2023.

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

-mă oblig să comunic la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale care au stat la baza încheierii contractului cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

DATA

SEMNĂTURA

**FURNIZOR DE DISPOZITIVE:  
LOCALITATEA:**

**DECLARAȚIE**

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 / nu am contract de  
furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente  
organice sau functionale in ambulatoriu și cu:

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice,  
Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești
- Casa de Asigurări de Sănătate .....

**Data:  
DATA**

**Reprezentant legal,  
SEMNĂTURA**

Denumirea furnizorului .....

Sediul social/Adresa fiscală .....

### DECLARAȚIE DE PROGRAM

Punct de lucru.....

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:

#### A - Sărbători legale

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sămbătă	Duminică	A
Sediu social <b>lucrativ</b>									
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

Data .....

Reprezentant legal  
(semnătura) .....

**FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE:**

.....

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul.....,legitimăt cu C.I./B.I.....,seria....., nr....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

Declar pe propria răspundere că societatea pe care o reprezint nu funcționează cu personal medico-sanitar angajat, pentru care furnizorii de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu din sistemul asigurărilor sociale de sănătate au obligația prezentării dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.

Data:

Reprezentant legal:



## DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal al S.C. \_\_\_\_\_, 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 nu am încheiat și 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 află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

DATA,

SEMNĂTURA,

**Furnizor de dispozitive medicale**  
**Sediul social/Adresa fiscală**

.....

## DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)..... legitimat cu C.I. seria ....., nr. ...., în calitate de reprezentant legal al furnizorului de dispozitive medicale, ....., cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că toate dispozitivele medicale, pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2023 și în norme.

Data

Reprezentant legal,

**C. STRUCTURA PERSONAL**  
**PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA**

NR. CRU.	NUME ȘI PRENUME	CNP	CI	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/PFILETC)	Număr contract	Din dată	

\*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 (sediul 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 sediul 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/MOASĂ) -  
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA**

Nr. crt.	Nume și Prenume	CNP	CI	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	Data eliberării	Data expirării	Valoare	Tip contract (C/M/PPA/PPI 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 (sediul 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 sediul 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