

**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

romania2019.eu
Președinție României la Consiliul European

Nr. 9965/27.06.2019

În atenția,

FURNIZORILOR DE SERVICII DE MEDICINA DENTARA

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2019, va invitam sa transmiteti la sediul CAS Gorj urmatoarele documente necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale 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 04.07.2019 – 08.07.2019 :

NR. CRT.	OPIS
1	Cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate (pentru furnizorii care nu se afla in relatii contractuale cu CAS Gorj la data de 31.07.2019) sau cerere pentru continuarea relatiilor contractuale (pentru furnizorii care se afla in relatii contractuale cu CASJ Gorj la data de 31.07.2019). Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale. (conform modelelor).
2	Dovada de evaluare a furnizorului , valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului ; dovada de evaluare nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare in termen de valabilitate la data contractarii . Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii noi, de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala, sau valabilitatea acesteia este expirata .
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, (in conditiile Ordinului CNAS nr. 346/2006 , cu modificarile ulterioare), cu exceptia cabinetelor medicale individuale si societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;
6	Certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania , pentru fiecare medic dentist care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, 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.
7	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.
8	Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medicii dentisti.
9	Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor.
10	Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru al furnizorului în contract cu CASJ Gorj (conform modelului - Anexa nr. 45 din Norme) .

11	Programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor (conform modelelor).
12	Aviz eliberat de catre Directia de Sanatate Publica Gorj , pentru medicii care au implinit varsta de 65 ani, privind prelungirea activitatii.
13	Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar.
14	Declaratia pe propria raspundere pentru personalul medico-sanitar cu privire la programul de lucru de la toate locurile de munca (conform modelului)
15	Declaratie pe propria raspundere a reprezentantului legal privind actualizarea documentelor care expira pe parcursul derularii contractului si comunicarea oricaror modificari (conform modelului).
16	Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiat si nu incheie conventii sau alte tipuri de intelegere cu alti furnizorii in scopul obtinerii de foloase/beneficii de orice natura (conform modelului anexat).

NOTA:

1. În cazul în care furnizorii de servicii medicale depun electronic 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. **Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit DOAR în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului.** Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
3. Medicii pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnatura electronică extinsă.
4. Fiecare medic de medicina dentara care acorda servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
5. Programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet, cu excepția medicilor cu integrare clinică pentru care programul de lucru este de 3,5 ore/zi la cabinet.
6. **În cazul în care documentele nu se vor transmite semnate electronic nu se vor accepta la contractare. Adresa de e-mail unde vor putea fi transmise documentele este: contractare_stoma@casgorj.ro**

Pentru furnizorii care SE AFLA în relație contractuală cu CASJ Gorj la data de 31.07.2019, contractele pentru anul 2018 se prelungesc prin acordul părților până la data de 31.12.2019, prin acte adiționale. Furnizorii respectivi vor reînnoi documentele depuse la contractarea din cursul anului 2018 a căror valabilitate expiră, precum și obligatoriu documentele cuprinse în opis la punctele 1 , 10 și 11 .

Pentru furnizorii care NU SE AFLA în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj la data de 31.07.2019 se vor încheia contracte valabile până la data de 31.12.2019.

**PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL
EC.DANIEL CONSTANTIN SURLEA**

**DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE
EC.LEONARD POPESCU**

**INTOCMIT,
EC. BULUGEAN LAVINIA**

Pentru furnizorii care se afla in relatie contractuala cu CASJ Gorj la 31.07.2019

DENUMIRE FURNIZOR:

ADRESA:

Domnule Presedinte Director General,

Subsemnatul/a, reprezentant legal al, CUI, avand sediul social in localitatea, str., nr., bl., sc., et., ap., județul, cu punct de lucru in localitatea, str., nr., bl., sc., et., ap., județul, telefon, fax, adresa e-mail, **solicit prin prezenta continuarea relatiei contractuale cu C.A.S.J. Gorj pana la data de 31.12.2019, pentru furnizarea de servicii medicale de medicina dentara .**

De asemenea cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca pana la data depunerii cererii **au/nu** au intervenit modificari ale conditiilor care au stat la baza incheierii si derularii relatiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj in anul 2018.

Modificarile intervenite sunt urmatoarele:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Anexez la prezenta cerere si documentele depuse la contractarea din cursul anului 2018, a caror valabilitate a expirat, respectiv:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

In cazul in care se va constata ca la data depunerii cererii au intervenit si alte modificari ale conditiilor care au stat la baza incheierii si derularii relatiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj in anul 2018, fata de cele declarate mai sus, sunt de acord sa mi se retina sumele incasate necuvenit, precum si dobanzile legale calculate de la data incasarii sumelor necuvenite pana la data recuperarii acestora.

Data

.....

Reprezentant legal ,
Semnătura și ștampila

.....

Domnului Președinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate a jud. Gorj

Pentru furnizorii care NU se afla in relatie contractuala cu CASJ Gorj la 31.07.2019

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Domnule Președinte-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 2019.

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

FURNIZORUL

STRUCTURA DE PERSONAL

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Specialitatea	Grad profesional	Program de lucru pe zile si ore

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură

STRUCTURA DE PERSONAL

PERSONAL MEDIU SANITAR

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură

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 nu am încheiat sau nu voi încheia , pe parcursul derulării 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 aceluiasi 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 contractelor incheiate cu casa de asigurari de sanatate .

DATA

SEMNATURA

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 pentru anul 2019.

-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, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinesc în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract.

DATA

SEMNATURA

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:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/ telefon e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrative									
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 și ștampila)
.....

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de medic / asistent medical , 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

DATA

SEMNATURA / PARAFA (PENTRU .MEDIC)