



**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

Tel Verde: 0800 800 963

Operator de date cu caracter personal numărul: 374

**Nr.4597/01.03.2017**

**CĂTRE,  
FARMACIA \_\_\_\_\_  
ÎN ATENȚIA REPREZENTANTULUI LEGAL**

Pentru desfășurarea acțiunii de contractare pentru anul 2017 și având în vedere prevederile Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a H.G. 161/2016, vă invităm să depuneți la sediul C.A.S.J. Gorj în perioada 08.03.2017 - 10.03.2017 următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii farmaceutice:

- Cerere de intrare în relație contractuală cu CASJ Gorj, conform modelului 1, pentru furnizorii care la data de 31.03.2017 nu se află în relație contractuală cu CASJ Gorj;

- Cerere de prelungire a contractului, conform modelului 2, pentru furnizorii care la data de 31.03.2017 se află în relație contractuală cu CASJ Gorj;

- Decizia de evaluare a farmaciei și punctelor de lucru;

- Autorizație de funcționare pentru farmacie și punctele de lucru de la Ministerul Sănătății;

- Certificat de membru al Colegiului Farmaciștilor;

- Certificat de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului;

- Contul deschis la Trezoreria Statului;

- Certificat de înmatriculare la Registrul Comerțului

- Asigurări MALPRAXIS pentru farmacie și pentru personalul angajat;

- Program de lucru pentru farmacie/puncte de lucru, farmacist și asistenți de farmacie, conform model anexat;

- Tabel nominal care să cuprindă CNP-urile, nr. și data contractului de muncă și dacă este angajat cu normă întreagă sau cu jumătate de normă pentru fiecare persoană angajată, conform model anexat;

- Tabel care să conțină data de expirare a valabilității pentru următoarele documente: asigurări MALPRAXIS pentru societate și personal angajat, decizia de evaluare și autorizația de funcționare pentru farmacie și punctele de lucru, conform model anexat;

- Declarație pe propria răspundere că în farmacie și la punctele de lucru este utilizată gestiunea cantitativ valorică, conform model anexat;

- Dovada plății contribuției la FNUASS, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, conform prevederilor legale în vigoare (Certificat de Atestare Fiscală eliberat de Administrația Finanțelor Publice);

- Cod unic de înregistrare fiscală;

- Dovada respectării Regulilor de Bună Practică Farmaceutică eliberată de Colegiul Farmaciștilor Gorj.

- Declarație pe propria răspundere că societatea nu are încheiate convenții cu alți furnizori care se află în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj.

Pentru furnizorii care se află la data depunerii documentelor în relație contractuală cu CASJ Gorj, contractele pentru anul 2016 se prelungesc prin acordul părților până la data de 31.12.2017, prin acte adiționale.



Furnizorii respectivi vor reînnoi în perioada 08.03.2017 – 10.03.2017(miercuri - joi între orele 08.30 – 16.00, vineri între orele 08.30 – 13.30) documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016 a căror valabilitate expiră.

Documentele depuse la contractarea din cursul anului 2017 se vor transmite obligatoriu și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal.

Pentru furnizorii care la data depunerii documentelor nu se află în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj se fac aplicabile prevederile art. 186, alin. (1) din H.G. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificările și completările ulterioare, urmând a fi încheiate contracte valabile până la data de 31.12.2017.

În acest sens în perioada 08.03.2017 – 10.03.2017(miercuri - joi între orele 08.30 – 16.00, vineri între orele 08.30 – 13.30) invităm furnizorii de medicamente și materiale sanitare(care la data de 31.03.2017 nu se află în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj) să depună la sediul 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 2017.

Documentele prevăzute de legislația în vigoare, în vederea încheierii contractelor pentru anul 2017, se vor transmite obligatoriu în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal.

**NOTA:**

1. În cazul în care furnizorii de servicii farmaceutice depun 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. Nu sunt acceptate dosarele incomplete.

3. Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu în dosar în ordinea menționată mai sus.

4. Toate documentele depuse în copie vor purta, pe fiecare pagină, mențiunea „conform cu originalul” și vor fi semnate de reprezentantul legal și ștampilate.

PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL(cu delegație),  
Ec. DANIEL CONSTANTIN ȘURLEA



p. DIRECTOR DIRECȚIA R.C.  
Ec. LEONARD POPESCU

Întocmit,  
Inf. Valentin Pătrășcoiu-Stoichițescu

Model 1

**DOMNULE PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL**

Subsemnata/ul..... reprezentant legal al  
..... cu sediul social în orașul/comuna .....  
strada....., nr....., bloc....., scara....., apartament....., etaj....., prin  
prezenta cerere vă rog să aprobați intrarea în relație contractuală cu CASA DE ASIGURĂRI  
DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI GORJ atat pentru furnizarea de medicamente gratuite si  
compensate cat si pentru furnizarea de medicamente si materiale sanitare specifice pentru boli  
cronice cu risc crescut utilizate în programele nationale cu scop curativ în tratamentul  
ambulatoriu, pentru următoarele farmacii / puncte de lucru aflate în structura societății:

1. Farmacia ....., situată în orașul / comuna....., strada  
....., nr. ...., bloc....., scara....., apartament.....,  
telefon....., adresa de email ....., având autorizația de funcționare  
nr...../..... emisă de către Ministerul Sănătății Publice și Decizia de evaluare  
nr...../..... a CAS Gorj
2. Punctul de lucru situat în orașul / comuna/ sat ..... telefon....., adresa  
de email ....., conform mențiunii din data de ..... din cuprinsul  
autorizației de funcționare nr...../.....emisă de către Ministerul Sănătății Publice și  
Decizia de evaluare nr...../..... a CASGorj
3. Punctul de lucru situat în orașul / comuna/ sat ..... telefon....., adresa  
de email .....,conform mențiunii din data de ..... din cuprinsul autorizației  
de funcționare nr...../.....emisă de către Ministerul Sănătății Publice și Decizia de  
evaluare nr...../..... a CASGorj

Menționez că societatea este / nu este nou intrată în relații contractuale cu CAS Gorj.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente ( conform Normelor Metodologice) :

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

Data,

Reprezentant legal,  
( semnătura și ștampila)

**Domnului Președinte – Director General al CAS Gorj**



MODEL 2

Denumire furnizor :

Localitatea :

Nr. inregistrare furnizor :

### Domnule Președinte-Director General

Subsemnatul(a), .....,  
reprezentant legal al furnizorului de medicamente cu și fără contribuție personală în  
tratamentul ambulatoriu ....., C.U.I. ....,  
având sediul social în localitatea ....., str.  
....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul  
....., telefon ....., fax ....., adresa e-mail  
....., website ....., **solicit prin prezenta  
continuarea relației contractuale cu C.A.S.J. Gorj pana la data de 31.12.2017, pentru  
furnizarea medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu**

De asemenea cunoscând ca falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe  
propria răspundere ca până la data depunerii cererii au/nu au intervenit modificări ale  
condițiilor care au stat la baza încheierii și derulării relațiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj  
în anul 2016.

Modificările intervenite sunt următoarele:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Anexez la prezenta cerere și documentele depuse la contractarea din cursul anului  
2016, a caror valabilitate a expirat, respectiv:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

**\*\*\*\* Se va completa de către furnizorii care se afla în relație contractuală cu C.A.S.J.  
GORJ , la data depunerii cererii .**

În cazul în care se va constata că la data depunerii cererii au intervenit și alte  
modificări ale condițiilor care au stat la baza încheierii și derulării relațiilor contractuale cu  
C.A.S.J. Gorj în anul 2016, față de cele declarate mai sus, sunt de acord să mi se retina  
sumele încasate necuvenit, precum și dobânzile legale calculate de la data încasării  
sumelor necuvenite până la data recuperării acestora.

Data

.....

Reprezentant legal ,

Semnătura și ștampila

.....

**Domnului Președinte-Director General al Casei de Asigurări de Sănătate  
a județului Gorj .**

Denumirea furnizorului.....  
.....  
Sediul social / Adresa fiscală.....  
.....

## DECLARAȚIE

Subsemnatul (a), .....,  
legitimat (a) cu C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de  
reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește  
conform legii, declar pe propria răspundere că persoana desemnată  
pentru relația cu casa de asigurări de sănătate este: .....

.....  
CI serie...../nr.....

Menționez că unitatea și personalul respectă legislația referitoare la  
protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter  
personal.

Anexez împuternicire legalizată.

Data  
.....

Reprezentant legal  
(semnătura și ștampila)

.....

FURNIZOR:

.....  
Sediul social / Adresa fiscală  
.....

## 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  
2017.

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

-mă oblig să comunic în termen de 5 zile lucrătoare la C.A.S. Gorj  
orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorul i-a fost  
încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA





CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI GORJ

Str. Prahova nr.5, Tg.-Jiu, cod 210126, Gorj, România

e-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 223.940 / 223.950; Fax: 223.621

Nr. ....../.....

## 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 aceleiași 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

SEMNATURA ȘI ȘTAMPILA ROTUNDĂ

### **Declaratie,**

Subsemnatul (a).....  
legitimat cu B.I./C.I. seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal al  
....., cu sediul in localitatea  
....., str....., nr....., telefon ..... / fax  
..... e-mail..... in baza prevederilor HG 161/2016 privind  
aprobarea Contractului-Cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul  
sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2016-2017 si a Normelor  
metodologice de aplicare a acestuia pentru anul 2017, declar pe proprie  
raspundere,cunoscand prevederile Art. 326 Cod Penal privind falsul in declaratii, ca in  
farmacie si la punctele de lucru este utilizeaza gestiunea cantitativ valorica.

Data

.....

Reprezentant legal  
(semnatura si stampila)



Denumirea furnizorului.....  
.....  
Sediul social / Adresa fiscală.....  
.....

## DECLARATIE

Subsemnatul (a), .....,  
legitimat (a) cu 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 și  
cu:

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

Declar pe propria răspundere că farmaciștii care sunt incluși în  
contractul cu CAS Gorj figurează / nu figurează în contract cu o altă  
casă de asigurări de sănătate, respectiv:

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

Declar pe propria răspundere că farmaciștii care sunt incluși în  
contract figurează / nu figurează în alt contract al unui alt furnizor cu  
CAS Gorj (specificați după caz: dacă da – unde și programul de lucru  
prestat în altă societate).

Data  
.....

Reprezentant legal  
(semnătura și ștampila)

.....

SC-----  
CF-----

TABEL NOMINAL CU PROGRAMUL DE LUCRU AL FARMACIEI SI PERSONALULUI DIN FARMACIE

Zi saptamana	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica
Program farmacie/punct de lucru							
Program farmacist ( total pe zi )							
Nume prenume farmacist							
1.							
2.							
.							
n.							
Total ore farmacisti							
Program asistent de farmacie							
Nume prenume asistent farmacie							
1.							
2.							
.							
n.							
Total ore asistenti farmacie							

Nota: se va completa cate un tabel pentru fiecare farmacie/punct de lucru in parte..

REPREZENTANT LEGAL



SC CF

**TABEL NOMINAL CU SALARIATII**

[illegible]

## Reprezentant legal

SC \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_

TABEL NOMINAL CU DATELE DE EXPIRARE A DOCUMENTELOR

Nr crt	Document	Nume prenume farmacist/asistent/farmacie	Seria si numarul	Data expirare
	asigurare malpraxis societate			
	asigurare malpraxis farmacist			
	certificat libera practica farmacisti eliberat de Colegiul Farmacistilor Gorj			
	asigurare malpraxis asistent farmacie			
	certificat libera practica asistenti eliberat de OAMMR			
	decizie de evaluare farmacia			

Reprezentant legal