

**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 numarul: 374

NR. 4597/01.03.2017

În atenția,**FURNIZORILOR DE SERVICII DE
INGRIJIRI MEDICALE/PALIATIVE LA DOMICILIU**

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, 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 cu modificările și completările ulterioare, 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 de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu:

NR. CRT.	OPIS
1	Cerere pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (pentru furnizorii care nu sunt în relații contractuale cu CAS Gorj) sau cerere pentru continuarea relațiilor contractuale (pentru furnizorii care sunt în relații contractuale cu CASJ Gorj la), conform modelelor. Cererea va purta număr de înregistrare de la furnizorul de servicii medicale.
2	Dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului
3	Cont deschis la Trezoreria statului .
4	Codul de înregistrare fiscală – cod unic de înregistrare
5	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.
6	Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului.
7	Dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de

	asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate.(Certificat de atestare fiscala).
8	Lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.
9	Copie dupa actul constitutiv al societatii.
10	Declarația de program a furnizorului (conform modelului anexat).
11	Lista cu personalul de specialitate autorizat care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia. (Se completeaza pentru fiecare in parte : nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.)
12	Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor.
13	Certificat de membru al Colegiului Medicilor din Romania,pentru fiecare medic,valabil la data incheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.
14	Certificat de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru asistentii medicali care își exercită profesia la furnizor, valabil la data incheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.
15	Aviz eliberat de catre Directia de Sanatate Publica Gorj , pentru medicii care au implinit varsta de 65 ani, privind prelungirea activitatii.
16	Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar.
17	Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului.
18	Imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal în relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz.
19	Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiat si nu încheie conventii sau alte tipuri de intelegere cu alti furnizorii în scopul obtinerii de foloase/beneficii de orice natura conform modelului anexat;
20	Declaratie privind alte locuri de munca ale personalului care isi desfasoara activitatea la furnizor în contract cu CASJ Gorj . (conform modelului)

NOTA:

1. În cazul în care furnizorii de servicii de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu 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.

Pentru furnizorii care SE AFLA în relație contractuală cu CASJ Gorj, contractele pentru anul 2016 se prelungește prin acordul părților până la data de 31.12.2017, prin acte adiționale.

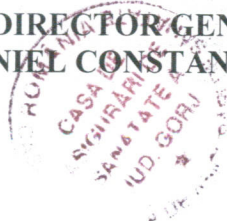
Furnizorii respectivi vor reînnoi în perioada 08.03.2017 – 10.03.2017(miercuri - joi între orele 08.30 – 16.00, vineri între orele 08.30 – 13.30) documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016 a căror valabilitate expiră precum și obligatoriu documentele cuprinse în opus la punctele 1 , 7 , 10 , 11 , 17 , 19 și 20 .

Pentru furnizorii care NU SE AFLA în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj se vor încheia 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 servicii medicale să depună la sediul C.A.S.J. Gorj cererile de intrare în relație contractuală, însoțite de documentele prevăzute de legislația în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor/actelor aditionale, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL (cu delegatie)
EC. DANIEL CONSTANTIN SURLEA



COMPARTIMENT E.C.S.M.M.D.M.A.C.E.D.I.D.D.M.
EC. BULUGEAN LAVINIA

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

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Domnule Preşedinte-Director General

Subsemnatul (a), reprezentant legal
al....., aflat la adresa,
str....., nr....., bl., sc., et., ap.
localitatea..... judeţul....., cu punct de lucru in
str....., nr....., bl., sc., et., ap.
localitatea..... judeţul....., telefon.....,
fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare
în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....autorizaţia sanitară de
funcţionare nr....., decizia de evaluare nr...../....., cont
nr.....deschis la Trezoreria statului
....., cod fiscal, va rog a-mi aproba incheierea
contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale / ingrijiri paliative la domiciliu
pentru anul 2017.

Data

.....

Semnătura şi ştampila furnizor

.....

Domnului Preşedinte-Director General al CASJ Gorj

Pentru furnizorii care se afla in relatie contractuala cu CASJ Gorj

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 31.12.2017, pentru furnizarea de servicii medicale**

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 2016.

Modificarile intervenite sunt urmatoarele:

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

Anexez la prezenta cerere si documentele depuse la contractarea din cursul anului 2016, 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 2016, 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

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 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 furnizorului i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

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 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 SI ȘTAMPILA

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

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 Gorj se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) 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 , cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere ca desfășor activitate medicală , într-o formă legală de exercitare a profesiei , la următorii furnizori de servicii medicale , cu următorul 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)

ANEXA 1

FURNIZORUL

STRUCTURA DE PERSONAL

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

REPREZENTANT LEGAL,

Nume și prenume:

Semnatura și stampila:

ANEXA 2

FURNIZORUL

STRUCTURA DE PERSONAL

ASISTENTE MEDICALE

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

REPREZENTANT LEGAL,

Nume si **prenume**:

Semnatura si stampila:

FURNIZOR.....

APARATURA DIN DOTARE SI INSTRUMENTARUL SPECIFIC

Nr. Crt	Denumire aparat/ dispozitiv	Act detinere				Termen de valabilitate act
		Numar și serie	Data fabricatiei	Tip act	Nr. act	

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă