

**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

**În atenția,****FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE  
– SPECIALITATEA CLINICĂ DE RECUPERARE, MEDICINA FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE -**

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 medicale din specialitatea clinică recuperare, medicina fizică și balneologie:

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 Ia), 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 (pentru SRL și spitale) sau la banca (pentru CMI).
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 asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate. (Certificat de atestare fiscală).
8	Lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare (conform modelului anexat).



9	Declarația de program a furnizorului ( conform modelului anexat).
10	Lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia ( pe zile și ore, conform modelului anexat).
11	Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor.
12	Certificat de membru al Colegiului Medicilor din Romania, pentru fiecare medic, valabil la data incheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.
13	Aviz eliberat de catre Directia de Sanatate Publica Gorj , pentru medicii care au implinit varsta de 65 ani, privind prelungirea activitatii.
14	Documentul care atestă gradul profesional pentru medici .
15	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.
16	Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar.
17	Declaratia pe proprie raspundere a reprezentantului legal cu privire la contractele incheiate cu alte case de asigurari de sanatate ( conform modelului ).
18	Certificat de liberă practică pentru fiziokinetoterapeuți și kinetoterapeuți si profesor de cultura fizica medicala, eliberat conform prevederilor legale.
19	Copie dupa documentele conforme si in termen de valabilitate, care constituie dovada detinerii legale a aparaturii.
20	Copie dupa atestat sau alt document din care sa rezulte calificarea in meserie maseuri si băieși.
21	Copie dupa documentele pentru aparatele detinute din care sa reiasa anul fabricatiei, seria si numarul, numarul de canale si numarul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatele respective, pentru care furnizorii incheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurari de sanatate (fise tehnice ale aparatelor sau alte documente)
22	Copie releveu imobil din care sa rezulte suprafata sălii de kinetoterapie (în metri pătrați).
23	Copie dupa certificatele de garantie pentru aparatele aflate in perioada de garantie.
24	Copie dupa contractul de service incheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii sau Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale, furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service <b>anterior expirarii perioadei de garantie.</b>
25	Copie dupa avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale in vigoare pentru dispozitivele medicale „second hand” din dotare.
26	Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului.
27	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.
28	Oferta de servicii medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie. ( conform modelului )
29	Fisa privind dotarea minima obligatorie a salii de kinetoterapie conform ordinului 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare, completata. ( conform modelului )
30	Declaratie privind alte locuri de munca ale personalului care isi desfasoara activitatea la furnizor in contract cu CASJ Gorj . ( conform modelului )

#### **NOTA:**

1. Toată durata programului de lucru declarat al cabinetului va fi acoperită prin prezența unui medic de specialitate recuperare, medicina fizica si balneologie.
2. La un program de lucru saptamanal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea asistentului medical este obligatorie. Pentru un program de lucru saptamanal de sub 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, incadrarea asistentului medical se poate face in raport cu programul de lucru al cabinetului.



3. În cazul în care furnizorii de servicii medicale în ambulatoriu –specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie 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
4. Nu sunt acceptate dosarele incomplete.
5. 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 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 precum și obligatoriu documentele cuprinse în opis la punctele 1, 7, 8, 9, 10, 17, 26, 27, 28 și 30.

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 adiționale, 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

A blue ink signature, likely belonging to Lavinia Bulugean, the official mentioned in the text above.

**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 ..... sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal ....., va rog a-mi aproba incheierea contractului de furnizare de servicii medicale pentru specialitatea clinica recuperare, medicina fizica si balneologie 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**

**FURNIZOR:**  
**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 servicii medicale de recuperare , medicina fizica si  
balneologie și cu:

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

Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in  
contract figureaza/nu figureaza in alt tip de contract cu CAS GJ.

**DATA**

**SEMNATURA SI ȘTAMPILA**

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:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Mărti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
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

Data  
 .....

Reprezentant legal  
 (semnătura și 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

**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

FURNIZOR : .....

**OFERTA DE SERVICII MEDICALE DE  
RECUPERARE, MEDICINA FIZICA SI BALNEOLOGIE  
PENTRU ANUL 2017**

Tipul serviciului	Numărul de servicii – consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical – consultație*)/zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3=1x2
Servicii medicale- Consultații			
Servicii medicale- Consultații cu Proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

\*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul 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. nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie.

Nume si prenume reprezentant legal:

Data:

Semnatura:

Stampila:



## DECLARATIE,

Subsemnatul (a) ..... , în calitate de medic / asistent medical / kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut / profesor cultura fizica medicala / maseur , 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 urmatoorii 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 / PARAFĂ ( PENTRU MEDIC )

**STRUCTURA DE PERSONAL  
ASISTENTE MEDICALE, FIZIOKINETOTERAPEUTI, KINETOTERAPEUTI, PROFESORI CFM, MASEURI, BAIESI**

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, ștampilă



[illegible]

**Nota: Se vor declara in anexa aparatele pentru care sunt indeplinite urmatoarele conditii prevazute de legislatia in vigoare:**

- \* Furnizorul poate face dovada deținerii legale a aparatului prin documente conforme și în termen de valabilitate;
- \* Furnizorul detine documentele din care să reiasă anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnăvi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective
- \* Aparatele au înscrise pe ele seria și numărul și furnizorul detine fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.
- \* Aparatele sunt în perfectă stare de funcționare certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege.
- \* Aparatele sunt considerate cu 2,3 sau 4 canale numai dacă permit efectuarea terapiei la 2,3 respectiv 4 bolnăvi în același timp.

**Rifati cu "X" conditiile la care se incadreaza sala de kinetoterapie si bazinul de hidrokinetoterapie:**

<b>SALA KINETOTERAPIE</b>	
Suprafata utila intre 8-15 mp	
suprafata utila intre 16-30 mp	
suprafata utila peste 30 mp , folosita exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie	
<b>Bazin hidrokinetoterapie</b>	
Volum bazin intre 30-40 mc	
Volum bazin intre 40-60 mc	
Volum bazin peste 60 mc	

Sala de Kinetoterapie are :

Dotare corespunzatoare Ordinului MSP 153/2003  
cu modificarile si completarile ulterioare

Dotare superioara Ordinului MSP 153/2003  
cu modificarile si completarile ulterioare

## Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

## Representant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data :