

**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.15666/12.10.2023

În atenția, FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE – SPECIALITATI CLINICE-

Pentru desfasurarea actiunii de contractare sesiunea octombrie 2023 si tinand cont de prevederile H.G. nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si de prevederile Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, cu modificarile si completarile ulterioare, va invitam sa transmiteti in perioada **23.10.2023-24.10.2023** la sediul CAS Gorj urmatoarele documente necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in ambulatoriu pentru specialitatile clinice , numai în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului , la adresa de e-mail **contractare_clin@casgorj.ro**

NR. CRT.	OPIS
1	Cerere tip de intrare in relatii contractuale pe anul 2023 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat. Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale.
2	Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii
3	Codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz
4	1.Dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului (punctelor) de lucru secundar(e), după caz, 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 si/sau 2. Dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului(valabil pentru spitale).; Dovada de acreditare se depune la contractare si de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se acrediteze;
5	Dovada asigurării 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, cu exceptia cabinetelor medicale si societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat ;
6	Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat
7	Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale în care să specifice dacă mai are contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate pentru servicii medicale clinice conform modelului anexat

8	Declaratia 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
9	Dovada detinerii legale a aparaturii necesare efectuării procedurilor specifice acolo unde este cazul, conform modelului anexat;
10	Lista criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea, conform modelului anexat;
11	Programul de activitate al cabinetului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, conform modelului anexat
12	Declaratia pe propria raspundere pentru medic / asistent medical / fizioterapeut / psiholog cu privire la programul de lucru cumulat sa nu depaseasca o norma jumătate de la toate locurile de munca la furnizori de servicii medicale sau medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate conform model anexat;
13	Tabel care să conțină data de expirare a valabilității pentru următoarele documente: asigurări MALPRAXIS pentru societate, decizia de evaluare/dovada de acreditare,dovada detinere spatiu, <u>conform model anexat</u>
14	Lista ,asumata prin semnatura electronica,cu personalul medico sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor si programul de lucru al acestuia,conform modelului anexat.
15	Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic 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, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
16	Avizul anual eliberat de comisia mixta D.S.P./C.A.S.J pentru medicii cu varsta peste 67 ani
17	Certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/soră medicală/moasa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
18	Actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare și, după caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare(in cazul personalului conex);
19	Pentru psihologi - certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice , potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; Pentru fizioterapeuți - autorizație de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare și documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz (in cazul personalului conex);
20	Declaratia de propria raspundere cu privire la programul de activitate și tipul de servicii de sănătate conexe conform modelului atasat(in cazul personalului conex); .
21	Copia dupa structura avizata/aprobata conform reglementarilor in vigoare,pentru unitatea sanitara ambulatorie.(valabil pentru spitale)

NOTA :

1. Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul C.A.S.J. Gorj nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata . Se vor transmite in mod obligatoriu toate anexele si tabellele actualizate .

2. Documentele necesare încheierii contractelor , în format PDF si redenumite conform continutului ,se transmit numai în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului , la adresa de e-mail contractare_clin@casgorj.ro . Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

3. In cazul in care furnizorii de servicii medicale clinice transmit cererile , insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare necesare incheierii si negocierii contractelor , la alte termene decat cele stabilite si comunicate de C.A.S.J. Gorj si nu participa la negocierea si incheierea contractelor in termenii stabilite de catre aceasta , furnizorii respectivi nu vor mai desfasura activitate in sistemul de asigurari sociale de sanatate pana la termenul urmator de contractare , cu exceptia situatiilor ce constituie cazuri de forta majora , confirmate de autoritatea publica competenta , potrivit legii , si notificate de indata casei de asigurari de sanatate.

4. Furnizorii de servicii medicale clinice care nu transmit documentele in formatul solicitat si in termenul stabilit sau care transmit dosare incomplete , nu vor fi acceptati la negocierea si incheierea contractelor .

5. Programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic și medico-sanitar care își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

6. Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția cabinetelor medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor, care pot intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru un program de minimum 35 de ore/săptămână și minimum 5 zile pe săptămână sau pentru un program sub 35 de ore/săptămână și mai puțin de 5 zile pe săptămână.

7. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moșei acoperă minimum jumătate din programul de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

8. Fiecare medic de specialitate clinica , care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara ambulatorie de specialitate , isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

9. Medicii, pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate,trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

10. Furnizorii de servicii medicale clinice au obligatia sa notifice casa de asigurari de sanatate , despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile inaintea datei la care modificarea produce efecte, cu exceptia situatiilor neprevazute, pe care au obligatia sa le notifice cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract.

**DIRECTOR GENERAL
EC.FAGAS CARMEN AMALIA**

**DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE
EC.SURLEA DANIEL CONSTANTIN**

**Intocmit
Ec. Viorel Lupu**

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Doamna 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 Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal, va rog a-mi aproba incheierea contractului de furnizare de servicii medicale clinice pentru anul 2023, in ambulatoriul de specialitate clinic pentru:

- **Specialitatea clinica**
- **Servicii conexe furnizate de.....**

Anexez alăturat documentele necesare incheierii contractului.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CASA GORJ, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 si a reglementarilor interne in vigoare, in scopul asigurarii functionarii sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Reprezentant legal ,

Data

.....

Semnătura și ștampila

.....

Doamnei Director General al Casei de Asigurari de Sanatate a judetului 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 2023.

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

-mă oblig să comunic cu cel puțin trei zile înainte datei la care modificarea produce efecte, la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorul i-a fost încheiat contractul, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care mă oblig să le notific cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

DATA

SEMNATURA

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 contract de
furnizare de servicii medicale clinice numai cu Casa de Asigurări
de Sănătate a Județului Gorj

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

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 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:

I. 1. Condițiile în care se acordă asistența medicală:

a) distanța rutieră cea mai mare dintre punctele extreme ale unității administrativ-teritoriale deservite (comună/oraș cu un număr de până la 10.000 de locuitori*):

*) Comună, oraș - se analizează unitatea administrativ-teritorială în care funcționează sediul cabinetului medical/punctul de lucru al cabinetului medical și cuprinde atât suprafața intravilană, cât și cea extravilană.

(i) 7 - 12 km 2 puncte;

(ii) peste 12 km 4 puncte;

b) deplasarea la domiciliul beneficiarilor de servicii medicale:

b1) drumuri neasfaltate și nepietruite în proporție de peste 50% 4 puncte;

b2) drumuri cu diferență de nivel de peste 200 m**) 8 puncte.

**) Punctajul se acordă numai dacă există drumuri cu diferență de nivel de peste 200 m în cadrul zonei deservite

NOTĂ:

Se acordă punctaj în conformitate cu prevederile lit. b1) și/sau lit. b2), după caz, cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din zonele de deal și de munte;

c) dispersia populației din zona în care se desfășoară activitatea:

(i) densitatea populației 75 - 150 de locuitori/km² 2 puncte;

(ii) densitatea populației sub 75 de locuitori/km² 4 puncte.

Total punctaj acordat: Minimum 2 puncte Maximum 20 de puncte

2. Posibilități de sprijin în furnizarea de servicii medicale:

Distanța rutieră dintre localitatea unde se află sediul cabinetului medical/punctului de lucru al cabinetului medical și localitatea cea mai apropiată unde se află o structură de primire a urgențelor (UPU/CPU) din cadrul aceluiași județ care respectă criteriile stabilite prin ordin al ministrului sănătății privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor:

a) 20 - 40 km 4 puncte;

b) 41 - 60 km 6 puncte;

c) peste 60 km 8 puncte.

Total punctaj acordat: Minimum 4 puncte Maximum 8 puncte

3. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori 20 de puncte

Total punctaj acordat: Minimum 0 puncte Maximum 20 puncte

4. Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în localități/zone din mediul rural și din mediul urban (pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori) deficitare din punctul de vedere al prezenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice*)** 20 de puncte

***) localitățile/zonile deficitare din punctul de vedere al prezenței medicilor de specialitate pentru specialități clinice se stabilesc potrivit contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Total punctaj acordat: Minimum 0 puncte Maximum 20 puncte

II. 1. Criteriile de la pct. I se aplică astfel:

- pentru cabinetele/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice: criteriile de la pct. I subpct. 1 lit. c), subpct. 2, 4 și 5.

2. Procentul total de majorare și a numărului de puncte realizat în cazul asistenței medicale de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, pentru condițiile în care se desfășoară activitatea, este:

a) între 75 și 78 de puncte 100%;

- b) între 61 și 74 de puncte 71% - 97%;
- c) între 41 și 60 de puncte 40,5% - 69%;
- d) între 2 și 40 de puncte 1% - 39%.

Procentul de majorare pentru fiecare dintre intervalele prevăzute la lit. a) - d) se calculează proporțional cu punctajul obținut de cabinetul medical pentru condițiile în care se desfășoară activitatea, astfel:

- 2.1. procent de 100% pentru intervalul prevăzut la subpct. 2 lit. a);
- 2.2. procent de 2% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la subpct. 2 lit. b);
- 2.3. procent de 1,5% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la subpct. 2 lit. c);
- 2.4. procent de 1% pentru fiecare punct obținut peste limita inferioară pentru intervalul prevăzut la subpct. 2 lit. d).

Nota 1:

Lista cuprinzând cabinetele medicale la care se aplică majorările de mai sus și procentul concret de majorare se stabilesc anual.

Prezentele criterii se aplică distinct atât la nivelul cabinetelor medicale, cât și la nivelul punctelor de lucru ale acestora, cu excepția prevederilor pct. I. 3 care se aplică la nivelul cabinetelor medicale.

Lista cabinetelor medicale se reevaluează ținând seama de toate măsurile luate pe plan local pentru asigurarea stabilității personalului medical.”

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:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:
 A - Sărbători legale.

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	A
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.

**) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data

Reprezentant legal:
 nume și prenume
 semnătura

DECLARATIE,

Subsemnatul (a) , în calitate de medic asistent medical fizioterapeut psiholog , 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

Cunoscand prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca programul de lucru cumulat , indiferent de forma legala in care imi desfasor activitatea, la furnizori de servicii medicale sau medicamente aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, nu depaseste o norma si jumatate.

DATA

SEMNATURA / PARAFĂ (PENTRU .MEDIC)

FURNIZOR:

LOCALITATEA:

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), in calitate psiholog , fizioterapeut , cu certificat de înregistrare/ autorizatie de libera practica nr...../data....., telefon....., fax..... adresă e-mail....., cunoscand prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca desfasor activitate medicala conform contractului nr...../data..... incheiat cu furnizorul de servicii medicale de ambulatoriu clinic..... la urmatoarea adresa: Str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul, pentru urmatoarele tipuri de servicii conexe decontate de CASJ Gorj:

-
-
-

Declar ca serviciile publice de sănătate conexe actului medical,sunt furnizate în cabinetul de liberă practică organizat potrivit :

prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare și, după caz, organizat potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică,înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările ulterioare,

prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare și, după caz, organizat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea și exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România, cu modificările ulterioare.

DATA

SEMNATURA / STAMPILA

SITUATIA PRIVIND ASIGURARILE DE RASPUNDERE CIVILA , DECIZIILE DE EVALUARE ,DOVADA DETINERE SPATIU PENTRU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE CLINICE - CARE AU INCHEIAT CONTRACT CU C.A.S.J. GORJ

N r. cr t.	Denumire furnizor de servicii medicale	Autorizatie sanitara	Certificat de inregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale	Asigurare furnizor		Decizie de evaluare/dovada de acreditare		Dovada detinere spatiu	
				Valoare (euro)	Data expirarii	Numar	Data expirarii	Numar	Data expirarii
1									

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal.....

Nume și prenume, semnătură, ștampilă.....

Data întocmirii.....

A. STRUCTURA DE PERSONAL
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Cod parafa (după caz)	Certificat/Autorizație de liberă practică eliberat/eliberată de Organizația profesională/Autoritatea competentă, după caz *			Specialitatea **	Atestat de studii complementare		Grad profesional		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 ****		Denumirea studiilor	Din DATA	Grad profesional	Din DATA	Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI, etc.)	Număr contract	Din DATA		

* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidența contractului (medici, biologi medicali/biologi, chimiști medicali/chimiști, biochimiști medicali/biochimiști, fizicieni, bioingineri, cercetători științifici în anatomie-patologică, absolvenți colegiu imagistică medicală, fiziokinetoterapeuți, kinoterapeuți, psihologi, etc)

** se completează în situația în care un medic are mai multe specialități confirmate prin ordin al ministrului

***programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

**** se completează cu data expirării avizului anual

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 la furnizor 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/MOAȘĂ) -
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt	Nume și Prenume	CNP	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	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI,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

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

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Aviz /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/PFI,ETC)	Număr contract	Din data	

*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