



**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. 9965/27.06.2019

**În atenția,**

## **FURNIZORILOR DE SERVICII DE INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU**

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 de ingrijiri medicale la domiciliu**, **numai în format electronic, asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului, la adresa de e-mail contractare ing@casgorj.ro**, in perioada **04.07.2019 – 08.07.2019**:

<b>NR. CRT.</b>	<b>OPIS</b>
1	<b>Cererea/solicitarea</b> 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. ( <b>conform modelelor</b> ).
2	<b>Dovada de evaluare a furnizorului</b> , 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	<b>Cont deschis</b> la Trezoreria Statului, potrivit legii.
4	<b>Codul de inregistrare fiscala</b> – cod unic de inregistrare
5	<b>Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor</b> , 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).
6	<b>Lista cu personalul de specialitate autorizat</b> 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, <b>conform modelului</b> )
7	<b>Copie de pe actul constitutiv</b> al societatii.
8	<b>Imputernicire legalizata</b> pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz.
9	<b>Certificat de membru al Colegiului Medicilor din România</b> , pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, 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;

10	<b>Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici .</b>
11	<b>Certificat de membru al OAMGMAMR</b> pentru asistentii medicali 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.
12	<b>Autorizația de liberă practică pentru fizioterapeuți</b> eliberată conform prevederilor legale.
13	<b>Copia actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor.</b>
14	<b>Copie a actului de identitate</b> pentru medici și personalul medico-sanitar.
15	<b>Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru al furnizorului în contract cu CASJ Gorj ( conform modelului - Anexa nr. 44 din Norme ).</b>
16	<b>Declarația pe proprie răspundere a reprezentantului legal</b> cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate ( conform modelului – Anexa nr. 31F din Norme ).
17	<b>Aviz eliberat de către Direcția de Sănătate Publică Gorj</b> , pentru medicii care au împlinit vârsta de 65 ani, privind prelungirea activității.
18	<b>Declarația pe propria răspundere pentru personalul medico-sanitar</b> cu privire la programul de lucru de la toate locurile de muncă ( conform modelului )
19	<b>Declarație pe propria răspundere a reprezentantului legal privind actualizarea documentelor</b> care expiră pe parcursul derulării contractului și comunicarea oricăror modificări ( conform modelului ).
20	<b>Declarație pe propria răspundere ca nu au încheiat și nu încheie convenții sau alte tipuri de înțelegere cu alți furnizorii</b> în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură ( conform modelului anexat ).
21	<b>Lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific</b> aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.

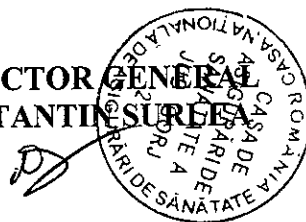
**NOTA:**

- 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 termenii 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.
- Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit DOAR în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului.** Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
- Medicii pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătura electronică extinsă.
- Programul de activitate al furnizorului solicitat să fie contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu condiția ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu. Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiția ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și asistent/asistenți medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu respectiv.
- 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 ing@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 opus la punctele 1, 6 și 15.

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.

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL  
EC.DANIEL CONSTANTIN SURIEA



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 ingrijiri medicale la domiciliu .**

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**

**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 autorizatie de funcționare emisa de Ministerul Sanatatii 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 la domiciliu pentru anul 2019.

**Data**

.....

**Semnătura**

.....



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 si prenume:**

**Semnatura :**

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 :**



## 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 , în 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 de îngrijiri medicale la domiciliu.....  
Sediul social/Adresa fiscală  
.....

## DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ..... legitimat(ă) 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 îngrijiri medicale la domiciliu și cu  
Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

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
Sediul 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)

.....

**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 îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract.

**DATA**

**SEMNATURA**

## DECLARATIE,

Subsemnatul (a) ..... , în calitate de ..... , cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că 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 / PARAFĂ ( PENTRU .MEDIC )