ACTE NECESARE ÎNCHEIERII CONTRACTULUI DE FURNIZARE DE MEDICAMENTE CU ŞI FĂRĂ CONTRIBUŢIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU, ÎN CADRUL SISTEMULUI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

OPIS

1. **cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate (*Anexa 1*);**
2. **dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi 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;**
3. **certificatul de înmatriculare la registrul comerţului/actul de înfiinţare, după caz;**
4. **codul unic de înregistrare;**
5. **contul deschis la Trezoreria Statului/bancă;**
6. **certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul Farmaciştilor din România - filiala judeţeană;**
7. **dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;**
8. **dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;**
9. **autorizaţia de funcţionare eliberată de Ministerul Sănătăţii;**
10. **lista personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi durata timpului de lucru a acestuia (număr de ore/zi şi număr de ore/săptămână)- *Anexa 2*;**
11. **dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;**
12. **certificatul de membru al Colegiului Farmaciştilor din România, avizat anual, pentru farmaciştii înregistraţi în contractul cu casa de asigurări de sănătate;**
13. **certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data încheierii contractului;**
14. **program de lucru atât pentru farmacii, cât şi pentru oficinele locale de distribuţie (*Anexa 3*);**
15. **program de lucru farmacist/farmacişti *(Anexa 4).***

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

PENTRU A FI DECLARAT ELIGIBIL, FURNIZORUL DE MEDICAMENTE VA DEPUNE OBLIGATORIU TOATE ACTELE, CONFORM OPIS

S.C._____
Nr.inreg. _____/_____

DOAMNA PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul/a _____, reprezentant/a legal al/a Societății farmaceutice _____ , având sediul în municipiul/orașul _____, str._____,nr._____,bl._____,sc._____,et._____,ap._____,județul_____, telefon/fax_____, e-mail_____, și punctul de lucru în comuna_____,str._____,nr._____, înregistrata la Registrul Comertului _____, cu certificatul de înmatriculare/actul de înființare_____, codul unic de înregistrare nr._____, având contul nr._____, deschis la Trezoreria statului sau cont nr._____, deschis la Banca_____ ,

vă rog sa aprobați <u>încheierea unui contract de furnizare de medicamente</u> cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu CJAS Neamt pe anul 2016 prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății farmaceutice, respectiv oficine locale de distribuție (dacă este cazul):

<u>Farmacii:</u>

1..... din ....., str. ..... nr....., bl....., sc. ...,județul....., telefon/fax ....., cu autorizația de funcționare nr...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr... ...../....., farmacist .....;

2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ...,județul ....., telefon/fax ....., cu autorizația de funcționare nr...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ...,județul ....., telefon/fax ....., cu autorizația de funcționare nr...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist ..... .

4. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ...,județul ....., telefon/fax ....., cu autorizația de funcționare nr...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist ..... .

<u>Oficine locale de distribuție :</u>

1..... din ....., str. ..... nr....., bl....., sc. ...,județul....., telefon/fax ....., cu autorizația de funcționare nr...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr... ...../....., farmacist .....;

Anexez alăturat documentația prevăzută de actele normative în vigoare necesară încheierii contractului ,conform OPIS.

Declar pe proprie răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal privind falsul în declarații și uzul de fals, că documentele depuse sunt conform cu realitatea și în termen de valabilitate.

Reprezentant legal,
Nume și prenume_____

ștampila și semnătură:

TABEL - personal angajat

CUI	Furnizor (societate farmaceutica)	Farmacia /Oficina / P.L.	Nr. si data decizie evaluare farmacie/oficina	Nr. si perioada de valabilitate asigurare malpraxis farmacie/oficina	Nume si Prenume angajat	CNP	Functia	Nr. si data incheiere ctr. munca	durata ctr. munca (determinata/nedeterminata)	Norma de lucru - ore/zi, / ore/saptamana	nr. si perioada de valabilitate asig. malpraxis	nr. si perioada de valabilitate certificat membru (farmacist/asistent)	alte farmacii in care mai lucreaza
0	1	2			3	4	5	6		7	8	9	11

data.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)

Raspund pentru realitatea datelor comunicate

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:

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***)									
.....									

*) 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)
.....

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 pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Neamț se desfăşoară astfel:

Locația unde se desfăşoară activitatea	Adresă/telefon	Farmacişti	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*		Farmacişti	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
			Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	sărbători legale

*) 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 şi ştampila)
.....