ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE SERVICII MEDICALE DE INGRIJIRI LA DOMICILIU

PENTRU ANUL 2016

OPIS

1. *** Cererea / solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate NEAMT - conform modelului tip**
2. **Certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare, iar pentru ceilalti furnizori actul de înfiinţare sau organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care solicită să le contracteze, după caz;
3. ** Autorizaţia sanitară de funcţionare/Autorizatia de functionare
4. ** Contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
5. ** Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, Cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal, după caz.
6. ** Dovada de evaluare a furnizorului valabila la data incheierii contractului.
7. ** Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului .
8. Declaratia obligatorie – conform anexei
   - *** Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au aceasta obligatie legala , efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate**
   - copie de pe actul constitutiv

- ** Împuternicire legalizată pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, daca este cazul
- ** Lista cu echipamentele şi/sau instrumentarul specific aflate în dotare şi documentele care atestă modalitatea de deţinere a acestora, conform legii.

9. ** Tabel cu personalul medico-sanitar si programul de lucru al acestuia (conform ANEXELOR 1,2)

Anexa 1- Medici **

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Contract munca		Certificat eliberat de organizatia profesionala			Asigurare malpraxis		Specialitatea	Atestat pentru îngrijiri paliative (dacă este cazul)	Grad profesional	Normă întreagă /1/2 normă	Program de lucru
				Nr contract	Tip contract	Nr. Certificat CMR	Data eliberării	Data expirarii	Valabilă până la	Valoare					

Anexa 2 – Asistente medicale **

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Contract munca		Certificat eliberat de organizatia profesionala			Asigurare malpraxis		Specialitatea	Dovada pt. curs de îngrijiri paliative (daca este cazul)	Normă întreagă/1/2 normă	Program de lucru
			Nr contract	Tip contract	Nr	Data eliberării	Data expirarii	Valabilă până la	Valoare				

- Pentru fiecare persoana inclusă în tabelul din ANEXELE 1 şi 2 se vor depune, în copie, următoarele documente:
  - ** Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, vizat la zi;
  - ** Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar, valabilla data încheierii contractului , vizat la zi;
  - ** copie a actului doveditor prin care personalul îşi exercită profesia la furnizor. contracte de munca /contracte de prestari servicii /conventii civile)*** REVISAL
  - ** copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar

- * **programul de activitate al furnizorului - conform Declaratiei de program anexa 44, si programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor. (se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru /zi.....ore.....profesia.),**

NOTA :

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

NU SE PRIMESC DOSARE INCOMPLETE

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

Tel./Fax: .....e-mail: .....

Catre,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE NEAMT

Subsemnatul (a).....
legitimat cu B.I./C.I. seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal al .....
.....
cod fiscal ....., solicit prin prezenta, incheierea contractului de furnizare de servicii ingrijiri medicale la domiciliu,in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul 2016, cu CAS Neamt.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

Doamnei Presedinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate a jud. Neamt

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a)....., în calitate de reprezentant legal al ..... cunoscând prevederile legale referitoare la falsul în declaraţii, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat sau nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Neamţ, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Semnătura

..... Data.....

ANEXA 1

FURNIZORUL .....

STRUCTURA DE PERSONAL -

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Contract munca		Certificat eliberat de organizatia profesionala			Asigurare malpraxis		Specialitatea	Atestat pentru îngrijiri paliative (dacă este cazul)	Grad profesional	Normă întreagă/1/2 normă	Program de lucru
				Nr contract	Tip contract	Nr. Certificat CMR	Data eliberării	Data expirarii	Valabilă până la	Valoare					

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

REPREZENTANT LEGAL.

Data

Semnatura si stampila

ANEXA 2

STRUCTURA DE PERSONAL

ASISTENTE MEDICALE

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Contract munca		Certificat eliberat de organizatia profesionala			Asigurare malpraxis		Specialitatea	Dovada pt. curs de îngrijiri paliative (daca este cazul)	Normă întreagă/1/2 normă	Program de lucru
			Nr contract	Tip contract	Nr	Data eliberării	Data expirarii	Valabilă până la	Valoare				

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

REPREZENTANT LEGAL.

DATA

Semnatura si stampila

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu.....
.....
Sediul social/ Adresa fiscala.....
.....

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 ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Neamt se desfășoară astfel:

Locatia unde se desfasoar a activitate	Adresa /telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate Neamt							
		Luni	*Marti*	*Miercuri*	*Joi*	*Vineri*	*Sambata*	*Duminica*	*Sarbatori 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 punte 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
(semnatura sistampila)