ACTE NECESARE PENTRU CONTRACTUL DE FURNIZARE
SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU
PENTRU SPECIALITĂȚILE *PARACLINICE*
PENTRU ANUL 2016

1	**cererea**/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate I
2	**Lista investigatiilor ofertate** - ***acestea se transmit şi în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului;***
3	**Declarație** pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (**ANEXA 18A**)
4	**declaratia furnizorului ,** conform art.194, alin.3) din Hot.161/16.03.2016
5	**contul** deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
6	**codul de înregistrare fiscală** - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz
7	**dovada plății la zi a contribuției la Fond** pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuției pentru concedii şi indemnizații, pentru cei care au această obligație 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;
8	**Certificat de inregistrare in Registrul Unic al Cabinetelor Medicale,** conforme cu domeniul de activitate si investigatiile contractate;
9	**dovada de evaluare a furnizorului,** precum şi a punctului de lucru, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
10	**Autorizația sanitară** de funcționare separată pentru fiecare punct lucru/recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator, dupa caz;
11	**autorizația** pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare, dupa caz;
12	**documentele** privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate şi care sunt utilizate numai pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare, dupa caz
13	**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
14	**certificat** de acreditare în conformitate cu standardul **SR EN ISO/CEI 15189**, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - ***analize de laborator;***
15	**certificat** de acreditare în conformitate cu standardul **SR EN ISO 9001/2008** sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - ***radiologie şi imagistică medicală***
16	**documente** prin care prin care producatorul de aparatura de laborator, reactivi si consumabile, certifica respectarea standardului **EN ISO 13485:2003** pentru toate aparatele, reactivii si consumabile utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate
17	**programul de activitate** al laboratorului/punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, detaliat pe ore , conform (**ANEXA 45**)

18	**Personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor si programul de lucru, (ANEXA 18B** si **ANEXA 18C)** la care se anexeaza documentele, grupate pentru fiecare persoana in parte, dupa caz; Aceste date se transmit şi în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului.
	_ **certificatul de membru al Colegiului Medicilor** din România, pentru fiecare medic ;
	declaratia medicului privind relatiile conttractuale cu casa de asigurari
	_ **certificat de membru al Ordinului Biochimiştilor, Biologilor, Chimiştilor** în Sistemul Sanitar din România, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist - *IMPORTANT* Titlurile de biolog medical, chimist medical, biochimist medical- cu grad de specialist sau principal sunt prevazute in Nomenclatorul Clasificarii Ocupatiilor din Romania aprobat prin Ordinul Ministrului muncii, familiei si protectiei sociale si al Presedintelui Institutului National de Statistica nr.1832/856/2011 modificat si completat prin Ordinul 190/76/2014 (publicat in M.O 160/2014, respectiv: - biochimist medical principal – cod 226915 - biochimist medical specialist - cod 226912 - biolog medical principal – cod 226916 - biolog medical specialist – cod 226913 - chimist medical principal – cod 226917 - chimist medical specialist – cod 226914
	_ **certificatul de membru al OAMGMAMR** pentru asistenţii medicali, valabil ului;
	_ **certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor** din România
	_ **dovada asigurării de răspundere civilă** în domeniul medical pentru personalul 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;
	_ **copie a documentului care atestă gradul profesional** pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti;
	_ **copie a actului doveditor** prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor cu mentiunea duratei timpului de lucru, inregistrat in REVISAL ;
19	**Declaratie- angajament de utilizare a spatiului** si aparaturii evaluate din spatiul respectiv destinat activitatii contractate- pe toata durata derularii contractului si pe toata durata de lucru declarata in orarul de functionare ce urmeaza a fi contractata, insotita de Anexa cu schita cadastrala pentru evidentuierea spatiului;
20	_ **Documentele** necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme; **(ANEXA 19 si ANEXA 20)**
21	**capacitatea tehnica** - situatia centralizatoare privind tipul,denumirea, seria si numarul fiecarui aparat precum si tipul, numarul si data documentului care dovedeste detinerea legala a fiecarui aparat;
22	**Dovada de detinere a aparatului** care va cuprinde serie, nr., anul fabricatiei si anexa cu descrierea si confirmare configuratie tehnica a aparatului, in ordinea din tabel;
23	**Fisa tehnica a aparatului**
24	**Marcaj si declaratie CE** pentru tipul de aparat;
25	**Contract de service si verificare** periodica pentru aparatele iesite din garantie
26	**Aviz de utilizare/ buletin de verificare** periodică pentru aparatura de radiologie şi imagistică medicală, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
27	_ **avizul de utilizare,** emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura second-hand din dotare
28	_ **dovada participării la schemele de testare** a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale;

Nota:

- *Documentele solicitate vor fi depuse obligatoriu in dosar in ordinea mentionata in OPIS*
- Documentele necesare încheierii contractelor/actelor aditionale, 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.
Atentie ! Nedepunerea documentelor in forma solicitata , la termenul precizat, conduce la respincerea dosarului.

NU SE PRIMESC DOSARE INCOMPLETE

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

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

Punct de lucru / Adresa / Tel/Fax .....

Punct de lucru / Adresa / Tel/Fax .....

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 / act aditional de furnizare de servicii medicale PARACLINICE : ....., 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)

.....

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

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....
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 pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că ***am / nu am*** contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:

[ ] Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti

[ ] Casa de Asigurări de Sănătate .....

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)....., în calitate de reprezentant legal al ..... cunoscând prevederile legale referitoare la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat sau nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Neamț, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obținerii 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 45 B
- MODEL –

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 NEAMT se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/ telefon	Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	sarbatori legale
Sediu social lucrativ									

*) 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 de servicii medicale paraclinice-*LABORATOR DE ANALIZE MEDIC* ..... *ANEXA 18 B*

Punct de lucru *1) : .....

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

Medici / Cercetatori stiintifici in anatomie patologica

Total medici = 1

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	ALP Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa	Specialitate/ Competenta	Specialitate/ Competenta*	Grad Profesional	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	Valabila pana la	Nr. contract	Tip Contr.						
1	(exemplu) Popescu Ioan	1860521270054	MX/475527	CMI	1235	09.02.2010	09.02.2011	NT10000083938	05.01.2011	49	nedeterminata	L-V: 08.00-16.00	B36852	med. de laborator		primar	
																	0,00

*) se completeaza in situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministerului sanatatii

Asistenti medicali de laborator / Asistenti de cercetare stiintifica in anatomie-patologica

Total asistenti = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		Program de lucru	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	Valabila pana la	Nr. contr.	Tip Contr.		
													0,00

Chimisti medicali/ chimisti

Total Chimisti = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (dupa caz)	Grad Profesional	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	Valabila pana la	Nr.contr.	Tip Contr.				
															0,00

Biologi medicali / biologi

Total Biologi = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (dupa caz)	Grad Profesional	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	la	Nr.contr.	Contr.				
															0,00

Biochimisti medicali / biochimisti

Total Biochimisti = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (dupa caz)	Grad Profesional	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	Valabila pana la	Nr.contr.	Tip Contr.				
															0,00

*1) In situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, se intocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

**)Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca,PFA,etc.)

NOTA : Se va completa in mod corespunzator un formular si pentru farmacist

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal:_____

Nume si prenume,semnatura, stampila:_____

Data intocmirii: _____

Furnizor de servicii medicale paraclinice- *RADIOLOGIE - IMAGISTICA* .....

Punct de lucru *1) : .....

ANEXA 18 C

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	ALP Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila			Contract**)		Program de lucru	Cod parafa	Specialitate/ Competenta	Specialitate/ Competenta*	Grad Profesional	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	Valabila pana la	Valoare asig	Nr. contract	Tip Contr.						
1																		
2																		
3																		
																		0,00

*) se completeaza in situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministerului sanatatii

OPERATORI

Total operatori = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	Certificat membru asociatie profesionala				Contract**)		Program de lucru	cod parafa	Tip de activitate **)	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	Nr. contr.	Tip Contr.				
1													
2													
3													
													0,00

**) absolvent colegiu imagistica, asistent medical imagistica medicala, bioinginer, fizician)

ASISTENTI MEDICALI

Total asistenti = 0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	ALP/Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de raspundere civila			Contract**)		Program de lucru	Specialitate/ Competenta*	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	NR:	Valabila pana la	Valoarea sigurata	Nr. contr.	Tip Contr.			
1															
2															
3															
															0,00

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURA MEDICALA

Total auxiliari =	0

Nr.	Nume si Prenume	CNP	BI/CI Serie/Nr.	Certificat membru CMR/CMDR				Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (dupa caz)	punctaj Resurse Umane
				Serie	Nr.	Data elib.	Data expir.	Nr. contract	Tip contract			
1												
2												
3												
												0,00

*1) In situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, se intocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

**)Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca,PFA,etc.)

NOTA : Se va completa in mod corespunzator un formular si pentru farmacist

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal:_____

Nume si prenume,semnatura, stampila:_____

Data intocmirii: _____

Data intocmirii:

DECLARATIE
PROGRAM DE ACTIVITATE
MEDIC

Subsemnatul(a)dr....., legitimat(a) cu BI/CI seria....., nr. ....., CNP ....., cod parafa....., declar pe propria răspundere sub sancțiunile prevăzute in Codul penal privind falsul în declarații și uzul de fals, **ca programul de activitate la** _____ se desfasoara cu o program de _____ ore/saptamana, astfel :

Program de activitate							Total ore/sapt
Luni	**Marti**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	Sambata	S.L. (da/nu)	

*Precizez ca **nu** desfasor activitate in nici un ambulatoriu de spital sau privat in contract cu o casa de asigurari de sanatate .*

Data: Semnatura si parafa:

FURNIZOR : _____

Adresa punct de lucru:

TAB. 1 - Situatia capacitatii tehnice a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize de laborator

NR. Crt	APARATE				Documentul care dovedeste detinerea legala a aparatului		PRODUCATOR	Nr. Certificat standard EN ISO 13485:2003 a producatorului
crt.	Tip aparat	Denumire aparat	Serie si numar	An fabricatie	Tipul documentului	Numarul si data documentului		

Raspund de realitatea si exactitatea datelor,
Reprezentant legal,

data:

*FURNIZOR :*_____

adresa punct de lucru :

TAB. 1 - Situatia capacitatii tehnice a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie imagistica

NR. Crt	APARATE				Documentul care dovedeste detinerea legala a aparatului	
crt.	Tip aparat	Denumire aparat	Serie si numar	An fabricatie	Tipul documentului	Numarul si data documentului

Raspund de realitatea si exactitatea datelor,
Reprezentant legal,

data: