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

1*	**cererea** solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate
2	**dovada de evaluare a a cabinetului** ,valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
3	**contul** deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
4	**codul de înregistrare fiscală** - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - **copia buletinului/cărții de identitate,** după caz
5	**Autorizatie Sanitara de Functionare**
6	**certificat de inregistrare in Registrul Unic al Cabinetelor Medicale**;
7	**dovada plății la zi a contribuției la Fond** pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și 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	**declaratia furnizorului** , conform art.194, alin.3) din Hot.161/16.03.2016
9	**programul de activitate al cabinetului** precum și al medicilor care își desfășoară activitatea la furnizor *(3ore/zi); - ANEXA 45*
10	**certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România**, pentru fiecare medic dentist, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului; **atestat** grad profesional;
11	**documentul care atestă gradul profesional** pentru medicii dentiști;
12	**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
13	**certificatul de membru al OAMGMAMR** pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului; daca este cazul;
14	**dovada asigurării de răspundere civilă** în domeniul medical pentru personalul 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, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului
15	**copia actului doveditor prin care personalul** medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

- 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»* și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în *format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă* a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și 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 de furnizare de servicii medicale DENTARE, 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

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	Cod PARAFA	Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate							
			Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	sarbatori legale
Sediu social lucrativ										
Program medici angajati										

*) 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; se va completa si programul de lucru al personalului medico-sanitar angajat, daca e cazul;

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

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 si ***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.....