



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372.756.676	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372.877.480	Contul	RO67TREZ506261121603XXXXX
TEL VERDE: 0800.500.228	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: ctrfarm@casot.ro	Capital social	-

"Operator de date cu caracter personal nr. 256"

Nr. 13651/07.06.2023

ANUNȚ

privind organizarea acțiunii de negociere și încheiere a contractelor de furnizare medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, a actelor adiționale pentru eliberarea medicamentelor cost volum, a contractelor de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ și a actelor adiționale pentru furnizarea medicamentelor specifice PNS care fac obiectul contractelor cost volum, pentru perioada 01.07.2023-31.12.2023

Având în vedere prevederile:

- **pentru medicamente cu și fără contribuție personală:**
 - HG nr. 521/26.05.2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vigoare cu data de 01.07.2023;
 - Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/30.05.2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în vigoare cu data de 01.07.2023;
 - art. 197, alin. 2 din HG nr. 521/2023: "Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora."
 - art. 150, alin. (3) din HG nr. 521/2023: "În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, farmaciile trebuie să depună documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din prezenta anexă, la termenele stabilite pentru contractare."
- **pentru derularea programelor naționale de sănătate:**
 - art. 5, alin.3 din HG nr. 423/30.03.2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate:
"(3) Direcțiile de sănătate publică, respectiv casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile de internet ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a cererilor, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele. Cererile vor fi însoțite de documentele prevăzute de normele tehnice, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz."
 - Ordinul CNAS nr. 180/31.03.2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, cu modificările și completările ulterioare;
 - obligația caselor de asigurări de sănătate prevăzută la art. 16, alin. 3, lit. a) din HG nr. 423/2022:
"(3) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați sau cu furnizorii autorizați și acreditați sau înscrși în procesul de acreditare, după caz, și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii (...)".

Casa de Asigurări de Sănătate Olt anunță organizarea activității de negociere și încheiere a contractelor pentru eliberarea medicamentelor pentru **perioada 01.07.2023-31.12.2023**, după cum urmează:

I. OBIECTUL ACTIUNII DE CONTRACTARE:

1. Încheierea contractelor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru perioada 01.07.2023-31.12.2023 – **cu toți furnizorii de medicamente, indiferent dacă se află în relație contractuală cu CAS Olt la data de 30.06.2023 sau sunt furnizori noi de medicamente.**
2. Încheierea actelor adiționale la contractele pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum – **cu toți furnizorii de medicamente, indiferent dacă se află în relație contractuală cu CAS Olt la data de 30.06.2023 sau sunt furnizori noi.**
3. Încheierea contractelor de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, pentru perioada 01.07.2023-31.12.2023 și a actelor adiționale pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum PNS, **cu furnizori noi de medicamente, care nu se află în relație contractuală cu CAS Olt la data de 30.06.2023.**
4. Încheierea actelor adiționale la contractele de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în vederea prelungirii valabilității contractelor pentru perioada 01.07.2023-31.12.2023, **cu furnizorii de medicamente care se află în relație contractuală cu CAS Olt la data de 30.06.2023.**

II. DOCUMENTE SOLICITATE ÎN VEDEREA ÎNCHEIERII CONTRACTELOR:

II.1 Pentru furnizorii de medicamente care se află în relație contractuală cu CAS Olt în prezent:

- a) cerere pentru încheierea contractului de furnizare medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a actelor adiționale pentru eliberarea medicamentelor cost volum, după caz (**modelul 1 anexat**);
- b) lista cu personalul de specialitate care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform **anexei nr. 1**;
- c) program de lucru pentru farmacii comunitare și oficine comunitare locale, conform **anexei nr. 2**;
- d) Declarație pe proprie răspundere dată de fiecare farmacist care desfășoară activitate în cadrul societății farmaceutice privind farmaciile/ oficinele unde desfășoară activitate, asumată prin semnătură electronică extinsă/ calificată atât de reprezentantul legal, cât și de farmacist (**modelul 3 anexat**);
- e) Declarație pe proprie răspundere dată de reprezentantul legal al furnizorului, conform prevederilor art. 207, alin. (2) din HG nr. 521/2023 (**modelul 4 anexat**);
- f) Declarație pe proprie răspundere dată de reprezentantul legal al furnizorului privind derularea unui singur contract, conform prevederilor art. 150, alin. (4) din HG nr. 521/2023 (**modelul 5 anexat**).
- g) Procură notarială valabilă pentru persoana mandatată în mod expres de reprezentantul legal al societății să reprezinte societatea comercială farmaceutică în relațiile contractuale cu CAS Olt, inclusiv pentru semnarea electronică a documentelor necesare derulării contractelor și actelor adiționale la contract.
- h) orice alte documente a căror valabilitate expiră în cursul lunii iunie 2023, actualizate corespunzător, în vederea respectării condițiilor de desfășurare a activității în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

II.1 Pentru furnizori noi de medicamente care nu se află în relație contractuală cu CAS Olt:

- a) cerere pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, conform **modelului 2 anexat**;
- b) dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului. Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală.
- c) certificatul de înmatriculare la registrul comerțului/actul de înființare, după caz;
- d) codul unic de înregistrare;
- e) contul deschis la Trezoreria Statului;
- f) 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;
- g) autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății;
- h) certificatul Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de CFR Olt și anexa privind valabilitatea;
- i) lista cu personalul de specialitate care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform **anexei nr. 1**;
- j) program de lucru pentru farmacii comunitare și oficine comunitare locale, conform **anexei nr. 2**;
- k) certificatul de membru al CFR, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate, valabil la data încheierii contractului (inclusiv avizul pentru anul 2023);
- l) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali de farmacie care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului (inclusiv avizul pentru anul 2023);

m) Declarație pe proprie răspundere dată de fiecare farmacist care desfășoară activitate în cadrul societății farmaceutice privind farmaciile/ oficiile unde desfășoară activitate, asumată prin semnătură electronică extinsă/calificată atât de reprezentantul legal, cât și de farmacist (**modelul 3 anexat**);

n) Declarație pe proprie răspundere dată de reprezentantul legal al furnizorului, conform prevederilor art. 207, alin. (2) din HG nr. 521/2023 (**modelul 4 anexat**);

o) Declarație pe proprie răspundere dată de reprezentantul legal al furnizorului privind derularea unui singur contract, conform prevederilor art. 150, alin. (4) din HG nr. 521/2023 (**modelul 5 anexat**).

p) Procură notarială valabilă pentru persoana mandatată în mod expres de reprezentantul legal al societății să reprezinte societatea comercială farmaceutică în relațiile contractuale cu CAS Olt, inclusiv pentru semnarea electronică a documentelor necesare derulării contractelor și actelor adiționale la contract.

III. PRECIZĂRI PRIVIND TRANSMITEREA DOCUMENTELOR LA CAS OLT:

Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor. (art. 152, alin. (2) Contract-cadru și art. 5, alin. (6) HG 423/2022).

Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată. (art. 152, alin. (3) din Contract-cadru, art. 5, alin (8) HG 423/2022)

În cazul în care furnizorii de medicamente (...) depun/transmit 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 casele de asigurări de sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite** de către acestea, **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, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. (art. 197, alin. (3) din Contract-cadru, art. 5, alin (4) HG 423/2022).

Adresa de e-mail la care se transmit documentele: ctrfarm@casot.ro

Informațiile din prezentul anunț, necesare încheierii contractelor pentru anul 2023, le regăsiți publicate și pe site-ul CAS Olt: <http://www.casan.ro/casot/>, secțiunea Furnizori de servicii medicale – FARMACII – CONTRACTARE IUNIE 2023.

IV. AGENDA DE CONTRACTARE:

1) Miercuri, 14.06.2023, ora 17⁰⁰ = termenul limită transmitere cerere și documentație, după caz

2) Joi, 15.06.2023, ora 14⁰⁰ = afișarea pe site și la sediul CAS Olt a listei cu furnizorii admiși în vederea negocierii contractelor și a furnizorilor respinși

3) Joi, 15.06.2023 (14⁰⁰-17⁰⁰) - Vineri, 16.06.2023 (08³⁰ - 14³⁰) = primirea contestațiilor

4) Vineri, 16.06.2023 (15⁰⁰ - 17⁰⁰) – Luni, 19.06.2023 (08³⁰ - 14³⁰) = soluționarea contestațiilor și afișarea rezultatelor la sediul CAS Olt și pe pagina web.

5) Joi, 29.06.2023 = negocierea și încheierea contractelor de furnizare medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, a contractelor de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ pentru perioada – cu furnizori noi, a actelor adiționale cost volum și a actelor de prelungire a valabilității contractelor PNS pentru furnizorii aflați deja în contract.

Pentru informații suplimentare vă puteți adresa Compartimentului ECSMMDM din cadrul CAS Olt, la adresa de e-mail ctrfarm@casot.ro sau la telefon 0372.756.676, persoană de contact – Popa Adriana.

**DIRECTOR-GENERAL,
Ec. Carmen-Liana CÎRJAN**



**DIRECTOR D.R.C.,
Ec. Sorina – Daniela OANCEA**



**CĂTRE,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT**

SC..... cu sediul social în,
codul de înregistrare fiscală, reprezentată legal prin, telefon
....., fax, adresa e-mail, având în prezent încheiat cu
CAS Olt contractul nr. F....., **solicităm încheierea noului contract cu CAS Olt pentru anul 2023,
după cum urmează (se bifează opțiunea cu "X"):**

	1. Încheierea contractului de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anul 2023.
	2. Încheierea Actului adițional nr. I la contractul pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pentru eliberarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor COST VOLUM, pentru anul 2023.
	3. Încheierea actului adițional de prelungire a duratei de valabilitate a contractului de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative și a Actului adițional nr. I privind furnizarea medicamentelor COST-VOLUM, după caz, până la data de 31.12.2023.

Furnizarea medicamentelor se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii și oficine comunitare din structura societății pentru care solicităm încheierea contractului cu CAS Olt:

- 1) Farmacia din(se va specifica adresa completa), județul Olt, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./data/....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./data/....., dovada asigurării de răspundere civilă pentru farmacie seria nr./data/....., cu farmacist-șef.....;
- 2) Oficina locală de distribuție din(se va specifica adresa completa), județul Olt, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./data/....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./data/....., dovada asigurării de răspundere civilă pentru officină seria nr./data/....., cu farmacist.....

Anexăm prezentei cereri documentația necesară în vederea încheierii contractelor pentru anul 2023. Declarăm pe proprie răspundere, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, că documentele transmise sunt conform cu originalul și răspundem pentru legalitatea, realitatea și exactitatea datelor menționate în declarații și în anexele nr. 1-3.

**REPREZENTANT LEGAL FURNIZOR,
(semnătură electronică extinsă/calificată)**

Denumire furnizor medicamente
Nr./data înregistrare la furnizor

-Model 2-

**CĂTRE,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT**

SC..... cu sediul social în
codul de înregistrare fiscală, reprezentată legal prin, telefon
....., fax, adresa e-mail, **solicităm încheierea
contractului cu CAS Olt pentru anul 2023, după cum urmează (se bifează opțiunea cu "X"):**

<input type="checkbox"/>	1. Încheierea contractului de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anul 2023.
<input type="checkbox"/>	2. Încheierea actului adițional la contractul pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, pentru eliberarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor COST VOLUM, pentru anul 2023.
<input type="checkbox"/>	3. Încheierea contractului de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, pentru anul 2023.
<input type="checkbox"/>	4. Încheierea actului adițional la contractul de furnizare medicamente și materiale sanitare specifice PNS, pentru furnizarea medicamentelor care fac obiectul contractelor COST-VOLUM, pentru anul 2023.

Furnizarea medicamentelor se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii și oficine comunitare din structura societății pentru care solicităm încheierea contractului cu CAS Olt:

- 1) Farmacia din(se va specifica adresa completa), județul Olt, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./data/....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./data/....., dovada asigurării de răspundere civilă pentru farmacie seria nr./data/....., cu farmacist-șef.....;
- 2) Oficina locală de distribuție din(se va specifica adresa completa), județul Olt, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./data/....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./data/....., dovada asigurării de răspundere civilă pentru officină seria nr./data/....., cu farmacist.....

Anexăm prezentei cereri documentația necesară în vederea încheierii contractelor pentru anul 2023. Declarăm pe proprie răspundere, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, că documentele transmise sunt conform cu originalul și răspundem pentru legalitatea, realitatea și exactitatea datelor menționate în declarații și în anexele nr. 1-3.

**REPREZENTANT LEGAL FURNIZOR,
(semnătură electronică extinsă/calificată)**

DECLARAȚIE
pentru desfășurarea activității de farmacist în baza contractului încheiat cu CAS Olt

Subsemnatul(a) cod numeric personal
legitimat cu BI/CI seria nr. eliberat de la data de
cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe proprie răspundere faptul că nu mă
aflu în vreuna din stările de incompatibilitate prevăzute de Legea nr. 95/2006 și desfășor activitate de
farmacist doar la următoarele farmacii/ oficine aflate în contract cu casa/casele de asigurări de sănătate:

1) Denumire furnizor

Casa de asigurări de sănătate

Program de lucru-interval orar (programul de lucru trebuie să corespundă cu cel declarat în anexa 1):

Localitate farmacie/oficină	Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbăta	Duminică	Sărbători legale	Număr ore/săpt.

2) Denumire furnizor

Casa de asigurări de sănătate

Program de lucru-interval orar (programul de lucru trebuie să corespundă cu cel declarat în anexa 1):

Localitate farmacie/oficină	Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbăta	Duminică	Sărbători legale	Număr ore/săpt.

Dau prezenta declarație pentru includerea mea ca farmacist în contractul încheiat cu Casa de
Asigurări de Sănătate Olt, cunoscând următoarele prevederi:

- **art. 150, alin. (4), ultimul paragraf, din HG nr. 521/2023:** „Un farmacist își poate desfășura
activitatea la cel mult două farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un
farmacist își poate desfășura activitatea în cadrul unui program de lucru distinct, **la cel mult 3
farmacii/oficine comunitare locale sau sezoniere din cadrul aceluiași furnizor**, aflate în relație
contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care la una dintre farmacii/oficine
comunitare locale sau sezoniere asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și
de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.”

- **art. 215 din HG nr. 521/2023:** ”Programul de lucru al personalului de specialitate farmaceutic care
își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare medicamente în cadrul
sistemului asigurărilor sociale de sănătate, **nu poate fi mai mare de o normă și jumătate**, indiferent de
forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de medicamente aflați în relații
contractuale cu casele de asigurări de sănătate. ”

Semnătură farmacist,
(semnătură electronică extinsă/calificată)

Semnătură reprezentant legal,
(semnătură electronică extinsă/calificată)

DECLARAȚIE

pentru desfășurarea activității în baza contractului încheiat cu CAS Olt

Subsemnatul(a) având cod numeric personal, legitimat cu BI/CI seria nr. eliberat de la data de, în calitate de reprezentant legal al furnizorului de medicamente SC....., cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe proprie răspundere faptul că nu avem încheiate și nu vom încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Olt contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul societății noastre, în scopul obținerii de către noi/personalul care își desfășoară activitatea în cadrul societății farmaceutice pe care o reprezentăm, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu CAS Olt.

Dau prezenta declarație având în vedere dispozițiile **art. 207, alin. (2) din HG nr. 521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

REPREZENTANT LEGAL FURNIZOR,

.....

(semnătură electronică extinsă/calificată)

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal al furnizorului de medicamente, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe proprie răspundere faptul că:

Am

Nu am

contract de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu sau act adițional pentru furnizarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Dau prezenta declarație, având în vedere prevederile art. 150, alin. (4) din H.G. nr. 521/2023: "Reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie un singur contract pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective sau cu CAS AOPSNAJ".

Reprezentant legal furnizor,

.....
(semnătura electronică extinsă/calificată)

DENUMIRE FURNIZOR.....
ADRESA PUNCT DE LUCRU.....

ANEXA 1

STRUCTURA PERSONALULUI DE SPECIALITATE CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

FARMACIȘTI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Certificat de liberă practică eliberat de Colegiul Farmacistilor		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor		PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar- ora de început-ora de final)**										
			Serie și număr	Data eliberării	Data expirării*	Tip contract (CIM/ PFA/ PFI, etc)	Număr contract	din data	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale	Nr. ore/ săptămână
1																	
2																	
3																	
4																	

ASISTENȚI DE FARMACIE

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Certificat eliberat de OAMGMAMR		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor		PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar- ora de început-ora de final)**										
			Serie și număr	Data eliberării	Data expirării*	Tip contract (CIM/ PFA/ PFI, etc)	Număr contract	din data	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale	Nr. ore/ săptămână
1																	
2																	
3																	
4																	

NOTA:

1. Tabelul centralizator se completează pentru fiecare punct de lucru in parte (farmacie comunitară , oficiu comunitară locală sau sezonieră).
2. Programul de lucru al farmaciștilor și asistenților de farmacie care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/ punct de lucru/ punct secundar de lucru
3. Documentele interne ale furnizorului, care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitate la acesta, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate deus la CAS Olt la momentul contractării sau modificat ulterior prin act adițional, după caz (anexa 47, pct. 4 Ordin MS/CNAS nr. 1857/441/2023- Norme).

*) Se completează cu data expirării anului anual

**) Programul de lucru al personalului de specialitate farmaceutic care își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate (art. 215 HG nr. 521/2023 - Contract Cadru)

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentant legal al furnizorului de medicamente,

.....

(semnătura electronică extinsă/ calificată)

