**DOSARUL DE EVALUARE : FURNIZORI DE DISPOZITIVE MEDICALE.**

1. Cerere adresata comisiei de evaluare constituita la nivelul casei de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ teritoriala isi desfasoara activitatea, al carei model este prevazut in **anexa 1** la prezenta metodologie.
2. Plata taxei de evaluare se va face catre CJAS OT, cod unic de înregistrare 11340121 in contul nr. RO81TREZ50626A365000XXXX, deschis la Trezoreria Municipiului Slatina, conform **Anexei 2** la prezenta metodologie;
3. Declaratie pe propria raspundere, conform modelului prevazut in **Anexa 3** la prezenta metodologie, prin care isi asuma prin semnatura pe fiecare pagina realitatea, exactitatea si legalitatea datelor cuprinse in:

* Chestionarul de autoevaluare privind indeplinirea standardelor si a criteriilor de evaluare conform categoriei de furnizor DISPOZITIVE MEDICALE, potrivit **Anexei 4** la prezenta metodologie;
* Tabelul cu datele de identificare ale personalului care isi desfasoara activitatea la furnizor, potrivit **Anexei 5** la prezenta metodologie;
* Tabelul cu datele aparaturii medicale din dotare, potrivit **Anexei 6** la prezenta metodologie;

1. Codul de inregistrare fiscala/CIF;
2. Certificatul de inmatriculare si certificat constatator/act de infiintare pentru sediu/punct de lucru, dupa caz;
3. Autorizatia Sanitara de Functionare valabila emisa de Directia de Sanatate Publica in baza Referatului de evaluare (Anexa la autorizatia sanitara de functionare).
4. Aviz de functionare valabil pentru sediu/punctul de lucru, eliberat Ministerul Sanatatii /Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale pentru furnizorii de dispositive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale care realizeaza activitatea de comercializare/protezare ORL/protezare ortopedica.
5. Dovada detinerii spatiului (contract vanzare-cumparare, contract de inchiriere, etc) in care se desfasoara activitatea, pentru care se solicita evaluarea;
6. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor;
7. Contul deschis la Activitatea de Trezorerie si Administrarea Conturilor Slatina, municipiul Bucuresti/ Extras de cont Banca;

**NOTA:**

**Se va respecta formatul chestionarului de autoevaluare, completand prin incercuire raspunsul corect din propunerea DA/NU.**

**Nu se evalueaza furnizorii de dispositive medicale la comanda (personalizate conform unei prescriptii medicale).**

**Documentele necesare evaluarii, se vor transmite in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului.**

**Adresa de e-mail la care se transmit documentele: evaluare.casot@gmail.com.**