**DOSARUL DE EVALUARE : ASISTENTA MEDICALA PENTRU SPECIALITATI PARACLINICE – LABORATOARE DE ANALIZE MEDICALE SI DE ANATOMIE PATOLOGICA.**

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 de servicii medicale PARACLINICE – ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR**,** 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. Certificat de inregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale, eliberat de Directia de Sanatate Publica pentru cabinetele medicale organizate conform O.G. nr. 124/1998, cu modificarile si completarile ulterioare.
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.**

**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.**