

Furnizorii care doresc intrarea in relatii contractuale in anul 2023

OPIS

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari de sanatate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

1. cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (conform modelului ce se poate descărca / printa de pe site-ul www.cnas.ro/cjas-cs);
2. dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
3. certificatul de înmatriculare la registrul comerțului/actul de înființare, după caz;
4. codul unic de înregistrare, de la Trezorerie;
5. contul deschis la Trezoreria Statului;
6. 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;
7. autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății;
8. certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul teritorial al farmacistilor;
9. program de lucru atât pentru farmacii, cât și pentru oficiile locale de distribuție, conform modelului prevăzut în norme;
10. lista, asumată prin semnătura electronică, 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 modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
11. certificatul de membru al CFR, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului;
12. certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical de farmacie care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului.
13. imputernicire legalizata nr..... pentru persoana desemnata ca reprezentant legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, daca este cazul
14. adresa de e-mail, telefon fix si mobil
15. declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca furnizorul nu are incheiate si nici nu v-a incheia pe parcursul derularii relatiilor contractuale cu Casa de asigurari de sanatate Caras-Severin contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiasi furnizor(conform **model**).
16. declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca de la data ultimei evaluări nu au intervenit modificări ale condițiilor care au stat la baza evaluării (conform **model**).
17. declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca aveti/ nu aveti contract cu alte case de asigurari de sanatate(conform **model**).

Documentele solicitate vor fi transmise obligatoriu în ordinea menționată în opis.

Documentele necesare încheierii contractelor **se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului.**

Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

Farmacistii care isi desfasoara activitatea la un furnizor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate , trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

NOTA: În perioada de contractare pot surveni modificări și completări la documentele necesare, care vor fi anunțate în timp util.

Catre,

Casa de Asigurari de Sanatate Caras Severin

Societatea comercială farmaceutică

cu certificat de înmatriculare la Registrul comerțului nr....., autorizația de funcționare nr....., având sediul în....., str.....nr....., .bloc....., sc....., et....., ap....., sect., telefon....., fax....., cod unic de înregistrare/ cod fiscal/CNP de identificare fiscală....., cont nr..... deschis la Trezoreria statului in localitatea decizie de evaluare pentru furnizarea de servicii farmaceutice în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. / 20 ..., solicit contractarea următoarelor :

■ medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Odată cu prezentul formular și anexă acestuia depun și dosarul complet cu documentele solicitate în vederea contractării.

Menționez că nu am contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate .

Răspund de exactitatea datelor ,

Reprezentant legal (nume, prenume, semnatura)

L.S.

**Denumirea
furnizorului**.....
.....

**Sediul social / Adresa
fiscala**.....
punct de lucru
.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

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 ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Caras – Severin se desfășoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbăta	Duminică	Sarbatori legale
Sediu Social lucrativ									
Punct de Lucru/pc secundar de lucru*									
.....									

* 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
(semnatura si stampila)
.....

Denumirea furnizorului.....
.....
Sediul social / Adresa fiscală.....
.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu 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 nu am contract și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Declar pe propria raspundere că farmaciștii care sunt incluși în contractul cu CAS Caras-Severin nu figurează în contract cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Declar pe propria raspundere că farmaciștii care sunt incluși în contract figurează / nu figurează în alt contract cu CAS Caras-Severin. (specificați după caz)

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)

.....

Denumirea furnizorului.....

.....

Sediul social / Adresa fiscală.....

.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că de la data ultimei evaluări nu au intervenit modificări ale condițiilor care au stat la baza evaluării, drept pentru care semnez și răspund.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscală.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu 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 persoana desemnată pentru relația cu casa de asigurări de sănătate este:
.....BI / CI
serie...../nr.....

Menționez că unitatea și personalul respectă legislația referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Anexez împuternicire legalizată.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura și stampila)

.....

Denumirea furnizorului.....

Sediul

.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., in calitate de
farmacist, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria
raspundere ca:

- O NU desfasor activitate la mai mult de 2 furnizori aflati in contract cu CAS Caras - Severin;**
- O NU desfasor activitate la mai mult de 3 furnizori aflati in contract cu CAS Caras - Severin, din care la unul dintre furnizori asigur numai programul de continuitate in zilele de sambata, duminica si sarbatori legale, precum si pe timpul noptii.**

Data.....

Nume, prenume si semnatura

Denumirea furnizorului.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca nu am incheiat sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CASCS, 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 aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Data

.....

Reprezentant legal

Numele in clar,

(semnatura si stampila)

.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., in calitate de,
cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca
programul de activitate de la furnizorul / punctul de lucru nu se
suprapune cu programul de activitate de la furnizorul /punctul de lucru
.....

	ORAR Furnizor	ORAR Furnizor
LUNI		
MARTI		
MIERCURI		
JOI		
VINERI		
SÂMBATĂ		
DUMINICA		
SĂRBĂTORI LEGALE		

Data.....

Nume, prenume si semnatura

STRUCTURA DE PERSONAL
PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAȘĂ) -
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA
ACESTUIA

Nr. crt	Nume și Prenume	C NP	Certificat eliberat de organizația profesională			Specialitatea	Asigurare de răspundere civilă				Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)*	Total ore/săptămâna
			Nu măr	Data eliberării	Data expirării		Nu măr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PI,etc.)	Număr contract	Data		

*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
 semnătură electronică extinsă/calificată

STRUCTURA PERSONAL
PERSONAL DE SPECIALITATE AL FARMACIEI COMUNITARE (FARMACIȘTI) CARE URMEAZĂ
SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	Certificat de liberă practică eliberat de CFR			Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)*
			Număr	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI, ETC)	Număr contract	Din data	

* programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al farmaciștilor care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....
semnătură electronică extinsă/calificată

**LISTA PERSONALULUI DE SPECIALITATE CARE ISI DESFASOARA ACTIVITATEA LA FURNIZOR
SI DURATA TAMPULUI DE LUCRU**

Program de lucru farmacisti

Farmacia:

Adresa:

	FARMACIST/FARMACIST	ORAR/ORAR
LUNI	/	/
MARTI	/	/
MIERCURI	/	/
JOI	/	/
VINERI	/	/
SÂMBATĂ	/	/
DUMINICA	/	/
SĂRBĂTORI LEGALE	/	/

Data,

Reprezentant legal,