**OPIS DISPOZITIVE MEDICALE**

**Documentele pe baza carora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu:**

1. **Cerere / solicitare pentru intrarea în relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;**
2. **Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare;**
3. **Actul constitutiv / actul de înfiintare conform prevederilor legale în vigoare;**
4. **Certificatul de înscriere de mentiuni cu evidentierea reprezentantului legal si a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activitati pentru care se solicita intrarea în contract cu casa de asigurari de sanatate;**
5. **Contul deschis la Trezoreria Statului / banca;**
6. **Dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ si pentru punctele de lucru, valabile la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a reinnoi pe toata perioada derularii contractului;**
7. **Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sanatatii si/sau declaratia/declaratiile de conformitate CE emisa/emise de producator (traduse de un traducator autorizat), dupa caz;**
8. **Avizul de functionare emis, dupa caz, de Ministerul Sanatatii;**
9. **Dovada asigurarii de raspundere civila în domeniul medical pentru furnizor, valabila la data încheierii contractului, cat si pentru personalul medico-sanitar daca exista (declaratia pe propria raspundere in cazul in care nu exista personal medico-sanitar angajat), cu obligatia furnizorului de a reinnoi pe toata perioada derularii contractului;**
10. **lista asumata prin semnatura si stampila pentru conformitate si legalitate cu personalul medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract, valabila la data incheierii contractului (tabel in care vor aparea urmatoarele date obligatorii: nume, prenume, cnp, profesia, nr. contract de munca/data sau orice alta forma legala de desfasurare a activitatii).**
11. **Dovada platii la zi a contributiei la Fondul pentru asigurari sociale de sanatate si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, efectuata conform prevederilor legale în vigoare – certificat de atestare fiscala eliberat de Directia Generala a Finantelor Publice de la sediul furnizorului;**
12. **Lista preturilor de vânzare cu amanuntul si/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevazute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurari de sanatate - in format de hartie cat si electronic – format XML;**
13. **Programul de lucru:**
	1. **sediul social lucrativ;**
	2. **punctul de lucru.**
14. **Împuternicire legalizata pentru persoana desemnata ca împuternicit legal în relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;**
15. **Copie buletin / carte de identitate a reprezentantului legal / împuternicitului furnizorului si datele de contact ale acestuia.**

**PRECIZARI:**

* **FURNIZORUL DE DISPOZITIVE MEDICALE ARE OBLIGATIA DE A FUNCTIONA CU PERSONALUL ASIGURAT PENTRU RASPUNDERE CIVILA IN DOMENIUL MEDICAL PE TOATA DURATA DERULARII CONTRACTULUI.**
* **Datele prevazute la punctul 12 vor fi prezentate si pe suport magnetic compatibile cu SIUI (format .XML).**
* **Se vor prezenta pe suport magnetic (in format Word) urmatoarele date conform machetelor:**
1. **tabel cu adresele sediului social si punctelor de lucru**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Adresa****sediu social / punct de lucru** | **Nr. telefon** | **Nr. fax** |
|  |  |  |  |

1. **tabel cu dispozitivele medicale furnizate pe categorii, denumiri si tipuri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Nume categorie dispozitiv medical** | **Denumire dispozitiv medical** | **Tip dispozitiv****medical** |
|  |  |  |  |

1. **tabel cu deciziile de evaluare pentru sediul social si punctele de lucru**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Adresa****sediu social / punct de lucru** | **Dovada de evaluare (nr./data)** |
|  |  |  |

1. **tabel cu certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sanatatii si/sau declaratiile de conformitate CE emise de producator**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Nr. certificat/****declaratie** | **Data certificat/declaratie** | **Producator** | **Valabil de la data** | **Valabil pana la data** | **Tip document****certificat/declaratie** |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **tabel cu programul de lucru pentru sediul social si punctele de lucru**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Adresa****sediu social / punct de lucru** | **Program de lucru** |
|  |  |  |

* **Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma «conform cu originalul» şi semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină si numerotate; aceste documente se transmit şi în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.**
* **TOATE DOCUMENTELE SI TABELELE ENUNTATE MAI SUS SUNT OBLIGATORII, DEPUSE IN DOSAR DE PLASTIC, IN ORDINEA EXPUSA.**

**DOSARELE INCOMPLETE VOR FI RESPINSE LA CONTRACTARE.**