Furnizorul de servicii medicale

.................................................

Nr.……. /……………….

***CERERE DE CONTRACTARE***

 Subsemnatul(a) ……………………………………,reprezentant legal al .................................................., cu sediul în …………str.…...........................……nr. ...... , având punct de lucru situat în ............................................ str. ......................................... nr. .......... , CUI ........................., telefon fix.................., telefon mobil................e-mail ................................ (obligatoriu), cont .......................................................... banca …………………, autorizaţie de funcţionare nr.………………………., decizie de evaluare nr. …/………….., având încheiat cu C.A.S. COVASNA contractul nr.…………, vă rog să binevoiţi a aproba încheierea contractului de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu pentru anul **2023**, pentru următorul personal:

1. **Medic de specialitate clinică**

**Nume şi prenume ………........………………...............................CNP …………….......................................** Contract de munca/colaborare nr. ........... din .................. Functia .............................. Specialitatea ……..…… Grad profesional .............................................., Cod parafa pentru medici ..................CCM nr...../...............

 **Semnătura (şi parafa pt. medici**).......................

Program de activitate (pe intervale orare)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luni | marţi | miercuri | joi | vineri | sâmbătă | duminică | Total ore/săpt conf. contract de muncă |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Medic de medicină generală**

**Nume şi prenume ………........………………...............................CNP …………….......................................** Contract de munca/colaborare nr. ........... din .................. Functia .............................. Specialitatea ……..…… Grad profesional .............................................., Cod parafa pentru medici ..................CCM nr...../...............

 **Semnătura (şi parafa pt. medici**).......................

Program de activitate (pe intervale orare)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luni | marţi | miercuri | joi | vineri | sâmbătă | duminică | Total ore/săpt conf. contract de muncă |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Asistent medical**

**Nume şi prenume ………........………………..................…………CNP …………….................................................** Contract de munca/colaborare nr. ........... din .................. Functia ............................. OAMGMAMR nr. ............../.................. **Semnătura**

Program de activitate (pe intervale orare)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luni | marţi | miercuri | joi |  vineri | sâmbătă | duminică | Total ore/săpt conf. contract de muncă |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**d) Fizioterapeut**

**Nume şi prenume ………........………………..................……… CNP …………….................................................** Contract de munca/colaborare nr. ........... din .................. Functia ........................aviz libera practica nr.......... document care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual ...................................................................

**Semnătura**........................

Program de activitate (pe intervale orare)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luni | marţi | miercuri | joi | vineri | sâmbătă | duminică | Total ore/săpt conf. contract de muncă |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**e) Logoped**

**Nume şi prenume ………........………………..................……… CNP …………….................................................** Contract de munca/colaborare nr. ........... din .................. Functia ........................aviz libera practica nr.......... atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor pentru psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped

**Semnătura**........................

Program de activitate (pe intervale orare)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| luni | marţi | miercuri | joi | vineri | sâmbătă | duminică | Total ore/săpt conf. contract de muncă |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Sub sancţiunile prevăzute de art. 326 din Noul Cod penal privind falsul în declaraţii şi uzul de fals, declar pe propria răspundere următoarele:**

* Documentele depuse sunt conform cu realitatea şi în termen de valabilitate.
* Nu am încheiat contract de furnizare servicii medicale cu altă casa de asigurări de sănătate.
* Declar că nu am încheiat sau nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform art. 207 al (2) HG 521/2023.

 **Reprezentant legal furnizor**

 Nume, prenume, semnatura