**Furnizori care doresc intrarea in relatie contractuala in anul 2023**

**OPIS**

**Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:**

1 - cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate ;

2- dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului de lucru secundar,dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor art.253 din Legea 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare,legale in vigoare, valabila la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

**Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de o alta casa de asigurari decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala, sau valabilitatea acesteia este expirata.**

3 -Dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație conform prevederilor art.249 din Legea 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Legii nr.185/2017, cu modificarile si completarile legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se acrediteze;

4- cont deschis la Trezoreria Statului, sau cont deschis la banca, potrivit legii;

5- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare - cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal ;

6- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toata perioada derulării contractului,cu exceptia cabinetelor medicale individuale si a societatilor cu raspundere civila cu un singur medic angajat;

7- lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme ( Anexa 49 ). Lista cuprinde informații necesare incheierii contractului;

8 - programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru/ punct secundar de lucru, conform modelului prevazut in norme ;

9 - lista în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniţi şi pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent;furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, şi listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

10- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reinnoit pe toată perioada derulării contractului,document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

11- certificatul de membru al OAMGMAMR ( inclusiv avizul anual ) pentru asistentul medical/sora medicală/moasa care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, document care se elibereaza /avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical, valabil de la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului;

12- declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca furnizorul nu are incheiate si nici nu va incheia pe parcursul derularii relatiilor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Covasna, contracte, conventii sau alte tipuri de întelegeri cu alti furnizori care se află în relaţii contractuale cu CAS CV sau în cadrul aceluiasi furnizor;

13 - adresa e-mail, telefon fix si mobil.

**Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa / calificata a reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.**

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

Denumirea furnizorului..........................................................................................................................

Sediul social / Adresa fiscala..................................................................................................................

Punct de lucru.........................................................................................................................................

Către,

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE COVASNA**

Subsemnatul (a)……………………………………………………………………...................................

legitimat cu B.I./C.I. seria..........., nr........................................., în calitate de reprezentant legal al ......................................................................................................................................................................, cu sediul în ( adresa completă) ...............................................................................................................,

şi punct de lucru în ...................................................................................................................................,

cod fiscal ……………………...………....., solicit încheierea cu Casa de Asigurări de Sănătate COVASNA a **Contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţă medicală primară**

pentru anul 2023.

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

Data,

**Reprezentant legal,**

( Nume, prenume, semnătură)

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

**Sediul social / Adresa fiscală**................................................................................................................

**Punct de lucru...........................................................................................................................................**

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

Subsemnatul (a), ...................................................................................................... B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate COVASNA se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia  unde se  desfasoara  activitate | Adresa/  telefon | Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate | | | | | | | |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică | Sarbatori  legale |
| Sediu  social lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de  lucru/punct secundar de lucru\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ........... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent*

*\*\* pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet şi programul la domiciliu*

Data Reprezentant legal

..................... (semnatura si stampila)

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 CAS COVASNA, 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 sigurări de sănătate.

Data Reprezentant legal

Numele in clar,

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

**A. STRUCTURA DE PERSONAL**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.  crt. | NUME ŞI  PRENUME | CNP | CI | Cod parafa (după caz) | Certificat/Autorizaţie de liberă practică  eliberat/eliberată de  Organizaţia profesională/ Autoritatea competentă,  după caz \* | | | Specialitatea  \*\* | Atestat de studii complementare | | Grad profesional | | 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 |
| Serie  şi nr. | Număr | Data  eliberării | Data  Expirării  \*\*\*\* | Denumirea studiilor | Din  DATA | Grad  profesional | Din  DATA | Număr | Valoare | Data eliberării | Data  expirării | Tip contract  (CIM/PFA/PFI,etc.) | Număr  contract | Din  DATA |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidenţa contractului (medici, biologi medicali/biologi, chimişti medicali/chimişti, biochimişti medicali/biochimişti, fizicieni, bioingineri, cercetători ştiinţifici în anatomie-patologică, absolvenţi colegiu imagistică medicală, fizioterapeuţi, psihologi, etc)

\*\* se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi confirmate prin ordin al ministrului

\*\*\*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

\*\*\*\* se completează cu data expirării avizului anual

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

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfăsoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordantă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

semnătură electronică extinsă/calificată

**B. STRUCTURA DE PERSONAL**

**PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAŞĂ) -**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.  crt | Nume şi Prenume | CNP | CI | Certificat  eliberat de organizaţia 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 |
| Serie şi nr. | Număr | Data eliberării | Data expirării | Număr | Valoare | 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 evidenţiază şi sărbătorile legale

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

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfăsoară activitatea trebuie să fie în concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

**Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

semnătură electronică extinsă/calificată