**Furnizori care doresc intrarea in relatie contractuala in anul 2024**

**OPIS**

**Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate COVASNA**

a) cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b) dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă 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 făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală.

c) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctelor de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

d) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de menţiuni cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înfiinţare conform prevederilor legale în vigoare;

e) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

f) certificatul/certificatele de înregistrare ale dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz;

g) avizul de funcţionare, după caz;

h) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

i) lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele medicale, prevăzute în contractul de furnizare încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar, după caz, care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

k) programul de lucru, conform modelului prevăzut în norme:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru;

l) copie de pe actul constitutiv;

m) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

n) declaraţie a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii şi tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază şi respectă condiţiile de acordare prevăzute în prezenta hotărâre şi în norme;

NOTA: Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizoruli la urmatoarea adresa de email: esavescu@cascov.ro Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

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

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

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

Către,

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE COVASNA**

Subsemnatul ………………………………………………...................................

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 Sănătat COVASNA a **Contractului de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu** pentru anul 2024.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data,

**Reprezentant legal,**

( Nume, prenume, semnătură)

**ANEXA 39 C**

**- model -**

Furnizor de dispozitive medicale ....................

Sediul social/Adresa fiscală

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

**DECLARAŢIE**

Subsemnatul(a), .......................... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......, nr. .........., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că, toate dispozitivele medicale pentru care se transmit preţurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de către Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau în declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz, identificate în declaraţie cu numerele de înregistrare aferente acestor documente sau cu denumirea producătorului acestor dispozitive medicale, pentru fiecare dispozitiv medical, conform tabelului de mai jos:

Categorie de dispozitive medicale

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Denumire | Tip | Preţ de vânzare cu amănuntul | Suma de închiriere | Nr. Certificat de înregistrare/ document de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European | Declaraţie de conformitate CE |
| C0 | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 |

Data Reprezentant legal:

.................... nume şi prenume ........

semnătura ..............

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 că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate COVASNA se desfăşoară astfel:

Semnificaţia coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Sărbători legale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|Locaţia unde |Adresa/| Program de lucru în contract cu casa de asigurări |

|se desfăşoară |telefon| de sănătate\*\*) |

|activitatea |e-mail |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |Luni|Marţi|Miercuri|Joi|Vineri|Sâmbătă|Duminică| A |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|

|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 puncte 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:**

......................... nume şi prenume .....................

semnătura ...........................

semnătura ......

**A. STRUCTURA DE PERSONAL**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ŞI SĂ**

**FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.  crt. | NUME ŞI  PRENUME | CNP | 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 |
| 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, fiziokinetoterapeuți, kinoterapeuți, 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 desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordanță 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 | 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 |
| 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 desfășoară 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