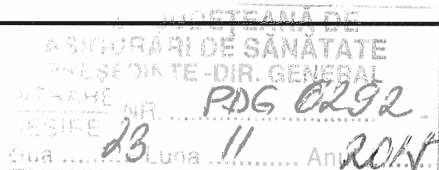




CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CONSTANȚA
Bd. Mamaia Nr.57, Constanța – 900590
Tel. 0241.54.55.13, 0241.54.55.73, 0241.51.93.39 / Fax: 0241.52.00.83
Web: www.casct.ro E-mail: farm@casct.ro

Către,

Furnizorii de medicamente și materiale sanitare



Având în vedere:

- prevederile H.G. nr.791/2015, privind modificarea și completarea HG 400/2014, pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare
- prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1211/943/2015, privind modificarea și completarea Ordinului MS/CNAS nr.388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr.400/2014,
- prevederile ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 988/29.10.2015 privind modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 244/2015, publicat în Monitorul Oficial nr. 805/29.10.2015
- Prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 963/01.10.2015 privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 185/2015 privind Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015-2016, publicat în Monitorul Oficial nr. 772/16.10.2015

Vă informăm că în perioada 23.11.2011 – 27.11.2015, vă puteți exprima opțiunea privind :

- **acceptul** asupra încheierii de **acte adiționale** la contractele de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu (pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor **cost-volum-rezultat**),
- **acceptul** asupra încheierii de **acte adiționale** la contractele de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ (pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor **cost-volum**), în conformitate cu prevederile legale și contractuale susmenționate.

Pentru a veni în sprijinul dumneavoastră, vă transmitem atașat acestei informări și tipizatele necesare. Opțiunile scrise pot fi depuse la registratura CAS Constanța, în perioada menționată.

Președinte – Director general,
Dr. Oana Irina Ionita



Denumirea
furnizorului.....
.....
Sediul social / Adresa
fiscala.....
.....

Catre,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDEȚULUI CONSTANȚA

Subsemnatul (a).....
legitimat cu C.I. seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal al
.....
.....

cod fiscal, solicit prin prezenta, incheierea actului aditional pentru
furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in
Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, care fac obiectul contractelor **Cost – Volum –
Rezultat**, pentru anul 2015, cu CASCT.

Solicit aceasta pentru punctul/punctele de lucru.....
Persoana de contact al furnizorului de medicamente cu CASCT pentru incheierea acestui tip de
act aditional si eliberarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor **Cost – Volum – Rezultat**
este....., avand numarul de telefon.....

Data
.....

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)

.....

**Domnului Președintele-Director general al Casei de Asigurari de Sanatate a Județului
Constanța**

Denumirea furnizorului.....

.....

Sediul social / Adresa fiscala.....

.....

Catre,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDEȚULUI CONSTANȚA

Subsemnatul (a).....

legitimat cu C.I. seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal al

.....

.....

cod fiscal, solicit prin prezenta, incheierea actului aditional pentru furnizarea de medicamente si materiale sanitare specifice in cadrul programelor nationale de sanatate curative, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, care fac obiectul contractelor **Cost - Volum** pentru anii 2015-2016, cu CASCT.

Solicit aceasta pentru punctul/punctele de lucru.....

Persoana de contact al furnizorului de medicamente cu CASCT pentru incheierea acestui tip de act aditional si eliberarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor **Cost - Volum** este....., avand numarul de telefon.....

Data

.....

Reprezentant legal

(semnatura si stampila)

.....

Domnului Președintele - Director general al Casei de Asigurari de Sanatate a Județului Constanța