

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ**

Str.Prahova, nr.5, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126

E-mail: office@casgorj.ro

Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950

casj-gj@casgorj.ro

0353 805 872 / 0353 805 873

Fax: 0253 223 621

TelVerde: 0800 800 963

Operator de date cu caracter personal numarul: 374



Nr. 5319/28.03.2018

În atenția, FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2018 si tinand cont de prevederile H.G. nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2018 – 2019, precum si de prevederile Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2018 a H.G. nr. 140/2018, va invitam sa transmiteti la sediul CAS Gorj urmatoarele documente necesare incheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu in perioada: **04.04.2018 – 10.04.2018, numai in format electronic asumată fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului la adresa de e-mail: contractare_disp@casgorj.ro:**

NR. CRT.	OPIS
1	<input type="checkbox"/> Cerere/solicitare pentru intrarea in relatie contractuala pe anul 2018 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat. Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de dispozitive medicale.
2	<input type="checkbox"/> Certificatul de inregistrare cu cod unic de inregistrare si certificatul de inscriere de mentiuni cu evidentierea reprezentantului legal si a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activitati pentru care se solicita intrarea in contract cu casa de asigurari de sanatate, daca este cazul, sau actul de infiintare conform prevederilor legale in vigoare.
3	<input type="checkbox"/> Contul deschis la trezoreria Statului/banca.
4	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ si pentru punctele de lucru, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; dovada de evaluare nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare in termen de valabilitate la data contractarii; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii noi, de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala, sau valabilitatea acesteia este expirata.
5	<input type="checkbox"/> Certificatul/certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale, ori documentele de inregistrare dintr-un stat membru din Spatiul Economic European si/sau declaratia/declaratiile de conformitate CE, emisa/emise de producator – traduse de un traducator autorizat, dupa caz.

6	<input type="checkbox"/> Avizul de functionare emis conform prevederilor legale in vigoare.
7	<input type="checkbox"/> Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului.
8	<input type="checkbox"/> Lista preturilor de vanzare cu amanuntul si/sau a sumelor de inchiriere pentru dispozitivele prevazute in contractul de furnizare de dispozitive medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate.
9	<input type="checkbox"/> Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar 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, valabila la data incheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului.
10	<input type="checkbox"/> Programul de lucru: sediul social lucrativ si punctul de lucru, conform modelului anexat.
11	<input type="checkbox"/> Copie de pe actul constitutiv.
12	<input type="checkbox"/> Imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz.
13	<input type="checkbox"/> Copie de pe buletin/cartea de identitate al/a reprezentantului legal/imputernicitului furnizorului si datele de contact ale acestuia.
14	<input type="checkbox"/> Declaratie a reprezentantului legal al furnizorului conform careia toate dispozitivele medicale pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza si respecta conditiile de acordare prevazute in prezenta hotarare si in norme.
15	<input type="checkbox"/> Declaratia pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu privind reinnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat.
16	<input type="checkbox"/> Declaratia pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu in care sa se specifice daca societatea pe care o reprezinta nu functioneaza cu personal medico-sanitar angajat.
17	<input type="checkbox"/> Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiat si nu incheie contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori in scopul obtinerii de foloase/beneficii de orice natura conform modelului anexat.

Nota:


1. In cazul în care furnizorii de dispozitive medicale depun electronic cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către C.A.S.J. Gorj și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către aceasta, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate

2. Aceste documente se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal al furnizorului, care raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

In cazul in care nu vor fi transmise toate documentele scanate si semnate cu semnatura electronica extinsa conform opisului de mai sus, furnizorul nu va fi acceptat la contractare.

**PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL
EC. DANIEL CONSTANTIN SURLEA**


**p.DIRECTOR DIRECTIA RELATII CONTRACTUALE,
EC. LEONARD POPESCU**


**Intocmit,
Comp. E.V.S.M.M.D.M.A.C.E.D.I.D.D.M.
Inf. Valentin Patrascoiu-Stoichitescu**


FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE:

Nr..... din.....

Domnule Președinte-Director General,

Subsemnatul (a), reprezentant legal al.....,cu sediul in localitatea....., str....., nr....., bl., sc., et., ap., județul....., cu punct de lucru in str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., telefon....., fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare cu cod unic de inregistrare nr..... seria.....,decizia de evaluare pentru sediul social lucrativ nr...../.....,cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal, va rog a-mi aproba incheierea contractului de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu pentru anul 2018.

Data

.....

Reprezentant legal,

Semnătura

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE:

.....

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că:

-mă oblig să actualizez documentele a căror valabilitate expiră pe parcursul derulării contractului încheiat cu C.A.S. Gorj pentru anul 2018.

-mă oblig să înaintez la C.A.S. Gorj documentele reînnoite, înainte de data expirării.

-mă oblig să comunic la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale care au stat la baza încheierii contractului cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

DATA

SEMNATURA

**FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE:
LOCALITATEA:**

DECLARAȚIE

**Subsemnatul (a),
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de
reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește
conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor
deficiente organice sau functionale in ambulatoriu și cu:**

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice,
Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești**
- Casa de Asigurări de Sănătate**

Data:

**Reprezentant legal,
SEMNATURA**

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Punct de lucru.....

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

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data

Reprezentant legal
(semnătura)

FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE

.....

DECLARATIE

Subsemnatul.....,legitimant cu C.I./B.I.....,seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii,

Declar pe propria raspundere ca societatea pe care o reprezint nu functioneaza cu personal medico-sanitar angajat, pentru care furnizorii de dispozitive medicale din sistemul asigurarilor sociale de sanatate au obligatia prezentarii dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical.

Data:

Reprezentant legal:

DECLARAȚIE,

Subsemnatul (a) _____, în calitate de reprezentant legal al S.C. _____, aflat la adresa, str. _____, nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __ localitatea _____ județul _____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat și nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

DATA,

SEMNATURA,