



CASJ GORJ

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 : 5356 / 28.03.2018

În atenția,

FURNIZORILOR DE SERVICII DE MEDICINA DENTARA

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 reglementează condițiile acordării asistenței 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 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 servicii medicale de medicina dentara in perioada **04.04.2018 – 10.04.2018, numai în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului** , la adresa de e-mail **contractare_stoma@casgorj.ro** :

NR. CRT.	OPIS
1	Cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu Casa de Asigurari de Sanatate Gorj pentru anul 2018 (conform modelului).
2	Dovada de evaluare a furnizorului , 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 .
3	Cont deschis la Trezoreria Statului (pentru SRL și spitale) sau la banca (pentru CMI), potrivit legii.
4	Codul de inregistrare fiscala – codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal – copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz ;
5	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, (in conditiile Ordinului CNAS nr. 346/2006 , cu modificarile ulterioare), cu exceptia cabinetelor medicale individuale si societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;
6	Certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania , pentru fiecare medic dentist 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 incheierii contractului și reinnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.
7	Certificat de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care își desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului și reinnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.
8	Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medicii dentisti.
9	Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor.
10	Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru al furnizorului în contract cu CASJ Gorj (conform modelului - Anexa nr. 45 din Norme).

11	Programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor (conform modelelor).
12	Aviz eliberat de catre Directia de Sanatate Publica Gorj , pentru medicii care au implinit varsta de 65 ani, privind prelungirea activitatii.
13	Copie a actului de identitate pentru medici si personalul mediu sanitar.
14	Declaratia pe propria raspundere pentru personalul medico-sanitar cu privire la programul de lucru de la toate locurile de munca (conform modelului)
15	Declaratie pe propria raspundere a reprezentantului legal privind actualizarea documentelor care expira pe parcursul derularii contractului si comunicarea oricaror modificari (conform modelului).
16	Declaratie pe propria raspundere ca nu au incheiat si nu incheie conventii sau alte tipuri de intelegere cu alti furnizorii in scopul obtinerii de foloase/beneficii de orice natura (conform modelului anexat).

NOTA:

NOTA :

1. În cazul în care furnizorii de servicii 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. **Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit DOAR în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului.** Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
3. Medicii pentru a intra in relatie contractuală cu casa de asigurari de sanatate trebuie sa detina semnatura electronica extinsa.
4. Fiecare medic de medicina dentara care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate.
5. Programul de lucru/medic in contract cu casa de asigurari de sanatate sa fie de 3 ore/zi la cabinet, cu exceptia medicilor cu integrare clinica pentru care programul de lucru este de 3,5 ore/zi la cabinet.
6. **In cazul in care documentele nu se vor transmite semnate electronic nu se vor accepta la contractare. Adresa de e-mail unde vor putea fi transmise documentele si care va fi functionala incepand cu data de 26.03.2018 este: contractare_stoma@casgorj.ro**

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

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

**INTOCMIT,
EC. BULUGEAN LAVINIA**



FURNIZOR:

LOCALITATEA:

NR. INREGISTRARE FURNIZOR:

Domnule Președinte-Director General

Subsemnatul (a), reprezentant legal al....., aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cu punct de lucru in str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., telefon....., fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....autorizația sanitară de funcționare nr....., decizia de evaluare nr...../....., cont nr.....deschis la , cod fiscal, va rog a-mi aproba incheierea contractului de furnizare de servicii de medicina dentara pentru anul 2018.

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

Denumirea furnizorului

Sediul social/Adresa fiscală

Punct de lucru

DECLARAȚIE DE PROGRAM

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/e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Martți	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 și ștampila)
.....

FURNIZORUL

STRUCTURA DE PERSONAL

MEDICI

Nr crt.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Specialitatea	Grad profesional	Program de lucru pe zile si ore

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură

STRUCTURA DE PERSONAL

PERSONAL MEDIU SANITAR

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură

DECLARATIE,

Subsemnatul (a) , în calitate de medic / asistent medical , cunoscand prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca desfasor activitate medicala , intr-o forma legala de exercitare a profesiei , la urmatorii furnizori de servicii medicale , cu urmatorul program de lucru:

1. Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

2. Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

3. Denumire furnizor de servicii medicale:

Program zilnic de lucru :

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	DUMINICA

DATA

SEMNATURA / PARAFA (PENTRU .MEDIC)

FURNIZOR:
LOCALITATEA:

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 in declaratii, declar pe proprie raspundere 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 notific C.A.S. Gorj despre modificarea oricareia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale , cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplinesc in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract.

DATA

SEMNATURA

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 propria răspundere nu am încheiat sau 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 casa de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor , în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură , care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate .

DATA

SEMNATURA