

**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: 5357 / 28.03.2018.

**În atenția,****FURNIZORILOR DE SERVICII DE  
INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU**

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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 , precum și de prevederile Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 397/836/2018 pentru Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. nr. 140/2018 , va invităm să transmiteți la sediul CAS Gorj următoarele documente necesare încheierii contractului de **furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu** în perioada **04.04.2018 – 10.04.2018, numai în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului, la adresa de e-mail contractare inq@casgorj.ro :**

NR. CRT.	OPIS
1	<b>Cererea/solicitarea</b> pentru intrare în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate Gorj pentru anul 2018 ( <b>conform modelului</b> ).
2	<b>Dovada de evaluare a furnizorului</b> , valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului ; dovada de evaluare nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare în termen de valabilitate la data contractării . Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii noi, de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală, sau valabilitatea acesteia este expirată .
3	<b>Cont deschis</b> la Trezoreria Statului, potrivit legii.
4	<b>Codul de înregistrare fiscală</b> – cod unic de înregistrare
5	<b>Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor</b> , valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului (în condițiile Ordinului CNAS nr. 346/2006 , cu modificările ulterioare).
6	<b>Lista cu personalul de specialitate autorizat</b> care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia. ( Se completează pentru fiecare în parte : nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia, <b>conform modelului</b> )
7	<b>Copie de pe actul constitutiv</b> al societății.
8	<b>Imputernicire legalizată</b> pentru persoana desemnată ca imputernicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz.
9	<b>Certificat de membru al Colegiului Medicilor din România</b> , pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează / avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

10	<b>Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici .</b>
11	<b>Certificat de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care își desfășoara activitatea la furnizor într-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.</b>
12	<b>Autorizatia de libera practica pentru fizioterapeuti eliberata conform prevederilor legale.</b>
13	<b>Copia actului doveditor prin care personalul isi exercita profesia la furnizor.</b>
14	<b>Copie a actului de identitate pentru medici si personalul medico-sanitar.</b>
15	<b>Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru al furnizorului în contract cu CASJ Gorj ( conform modelului - Anexa nr. 44 din Norme ).</b>
16	<b>Declaratia pe proprie raspundere a reprezentantului legal cu privire la contractele incheiate cu alte case de asigurari de sanatate ( conform modelului – Anexa nr. 31F din Norme ).</b>
17	<b>Aviz eliberat de catre Directia de Sanatate Publica Gorj , pentru medicii care au implinit varsta de 65 ani, privind prelungirea activitatii.</b>
18	<b>Declaratia pe propria raspundere pentru personalul medico-sanitar cu privire la programul de lucru de la toate locurile de munca ( conform modelului )</b>
19	<b>Declaratie pe propria raspundere a reprezentantului legal privind actualizarea documentelor care expira pe parcursul derularii contractului si comunicarea oricaror modificari ( conform modelului ).</b>
20	<b>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 ).</b>
21	<b>Lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.</b>

### **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 contractuala cu casa de asigurari de sanatate trebuie sa detina semnatura electronica extinsa.
4. Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu condiția ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiția ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și asistent/asistenți medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu respectiv.

5. 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\\_ing@casgorj.ro](mailto:contractare_ing@casgorj.ro)

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

**DIRECTOR DIRECTIA RELATIILOR 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 autorizație de funcționare emisă de Ministerul Sănătății nr...../....., decizia de evaluare nr...../....., cont nr.....deschis la Trezoreria statului ..... , cod fiscal ....., va rog a-mi aproba încheierea contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru anul 2018.

**Data**

.....

**Semnătura**

.....

FURNIZORUL .....

**STRUCTURA DE PERSONAL**

**MEDICI**

Nr ert.	Nume si prenume	CNP	Cod parafă	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor**

**REPREZENTANT LEGAL,**

**Nume si prenume:**

**Semnatura :**

FURNIZORUL .....

**STRUCTURA DE PERSONAL**

**ASISTENTE MEDICALE**

Nr Crt.	Nume si prenume	CNP	Specialitatea	Program de lucru pe zile si ore
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

**Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor**

**REPREZENTANT LEGAL,**

**Nume si prenume:**

**Semnatura :**

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 Gorj 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 lucrative									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

\*) 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)

.....

Furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu.....  
Sediul social/Adresa fiscală  
.....

### DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ..... legitimat(ă) 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 îngrijiri medicale la domiciliu și cu  
Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....



# DECLARATIE,

Subsemnatul (a) ....., în calitate de ....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că desfășor activitate medicală, într-o formă legală de exercitare a profesiei, la următorii furnizori de servicii medicale, cu următorul 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 / PARAFĂ ( 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 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 notific C.A.S. Gorj despre modificarea oricareia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinesc în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în 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 asigurari de sanatate , contracte , conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiasi furnizor , in scopul obtinerii de catre acestia/personalul care isi desfasoara activitatea la acestia de foloase/beneficii de orice natura , care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casa de asigurari de sanatate .

DATA

SEMNATURA

FURNIZOR.....

**APARATURA DIN DOTARE SI INSTRUMENTARUL SPECIFIC**

Nr. Crt	Denumire aparat/ dispozitiv	Act deținere			
		Numar și serie	Data fabricației	Tip act	Nr. act
Termen de valabilitate act					

**Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor**

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură