

**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

romania2019.eu
Președinția României la Consiliul Uniunii Europene

NR 9965/27.06.2019

În atenția, FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE

Pentru desfășurarea acțiunii de contractare pentru anul 2019 și având în vedere prevederile: Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului comun M.S./C.N.A.S. nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a H.G. 140/2018, cu modificările și completările ulterioare, va invităm să transmiteți la sediul CAS Gorj următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau functionale în ambulatoriu în perioada: 04.07.2019 – 08.07.2019, numai în format electronic asumate fiecare în 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 tip de intrare în relații contractuale pe anul 2019 cu C.A.S. GORJ conform modelului anexat- anexa 1 (pentru furnizorii care nu se afla în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj) și anexa 2 (pentru furnizorii aflați în relație contractuală cu C.A.S.J. Gorj. Cererea va purta număr de înregistrare de la furnizorul de dispozitive medicale.
2	<input type="checkbox"/> Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare.
3	<input type="checkbox"/> Contul deschis la trezoreria Statului/banca.
4	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ și pentru punctele de lucru, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.
5	<input type="checkbox"/> Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății/Agentia Nationala a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător – traduse de un traducător autorizat, după 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/carta 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.

Pentru furnizorii care la data de 31.07.2019 se afla in relatie contractuala cu CASJ Gorj, contractele se prelungesc prin acordul partilor pana la data de 31.12.2019, prin acte aditionale.

Furnizorii respectivi vor transmite in perioada:04.07.2019 – 08.07.2019 documentele transmise la contractarea din cursul anului 2018 a caror valabilitate expira.

Documentele transmise la contractarea din cursul anului 2018 in termenul de valabilitate se vor transmite obligatoriu numai in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa la reprezentantului legal al furnizorului, care raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

Pentru furnizorii noi care NU se afla in relatie contractuala cu C.A.S.J. Gorj se fac aplicabile prevederile art 196 din Anexa 2 la H.G.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, cu modificarile si completarile ulterioare, urmand a fi incheiate contracte cu valabilitate pana la data de 31.12.2019.

In acest sens in perioada:04.07.2019 – 08.07.2019. invitam furnizorii de dispozitive medicale(care NU se afla in relatie contractuala cu C.A.S.J. Gorj) sa transmita la C.A.S.J. Gorj cererile de intrare in relatie contractuala, insotite de documentele prevazute de legislatia in vigoare, in vederea incheierii contractelor pentru anul 2019.

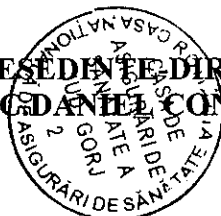
Documentele prevazute de legislatia in vigoare, in vederea incheierii contractelor pentru anul 2019, se vor transmite obligatoriu numai in format electronic asumate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantului legal.

NOTA:

1. În cazul în care furnizorii de dispozitive medicale transmit 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. 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.

PREȘEDINTE 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 Patrascu-Stoichitescu

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 înregistrare 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 2019.

Reprezentant legal,

Semnătura

Data

.....

.....

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 2019.

-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	Mărți	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.....,legitimat 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,

DENUMIRE FURNIZOR:

ANEXA 2

ADRESA:

Domnule Presedinte Director General,

Subsemnatul/a, reprezentant legal al, CUI, solicit prin prezenta continuarea relatiei contractuale cu C.A.S.J. Gorj pana la data de 31.12.2019, pentru furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu.

De asemenea cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca la data de 30.06.2019 au/nu au intervenit modificari ale conditiilor care au stat la baza incheierii si derularii relatiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj in anul 2018.

Modificarile intervenite sunt urmatoarele:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Anexez la prezenta cerere si documentele depuse la contractarea din cursul anului 2018, a caror valabilitate a expirat, respectiv:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

In cazul in care se va constata ca la data depunerii cererii au intervenit si alte modificari ale conditiilor care au stat la baza incheierii si derularii relatiilor contractuale cu C.A.S.J. Gorj in anul 2018, fata de cele declarate mai sus, sunt de acord sa mi se retina sumele incasate necuvenit, precum si dobanzile legale calculate de la data incasarii sumelor necuvenite pana la data recuperarii acestora.

DATA

REPREZENTANT LEGAL,

DOMNULUI PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL AL C.A.S.J. GORJ