



**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. 9965/27.06.2019

**În atenția,**

**FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE  
– SPECIALITATEA CLINICA MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE -**

Pentru desfasurarea actiunii de contractare pentru anul 2019, va invitam sa transmiteti la sediul CAS Gorj următoarele documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale din specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare, numai în format electronic asumate fiecare in parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului, la adresa de e-mail contractare reca@casgorj.ro, in perioada **04.07.2019 – 08.07.2019**:

NR. CRT.	OPIS
1	<b>Cererea/solicitarea</b> pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate (pentru furnizorii care nu se afla in relatii contractuale cu CAS Gorj la data de 31.07.2019) sau cerere pentru continuarea relatiilor contractuale ( pentru furnizorii care se afla in relatii contractuale cu CASJ Gorj la data de 31.07.2019). Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale. ( <b>conform modelelor</b> ).
2	<b>Dovada de evaluare a furnizorului</b> , 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	<b>Cont deschis</b> la Trezoreria Statului ( pentru SRL și spitale) sau la banca (pentru CMI), potrivit legii.
4	<b>Codul de inregistrare fiscala</b> – codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal – copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz ;
5	<b>Dovada asigurarii de raspundere civila</b> 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	<b>Lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare ( conform modelului anexat) .</b>
7	<b>Declarația reprezentantului legal privind programul de lucru</b> al furnizorului în contract cu CASJ Gorj ( <b>conform modelului - Anexa nr. 45 din Norme</b> ).
8	<b>Lista personalului medico-sanitar</b> care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia ( pe zile și ore, <b>conform modelului anexat</b> ).
9	<b>Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor.</b>
10	<b>Certificat de membru al Colegiului Medicilor din Romania</b> , pentru fiecare medic 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.
11	<b>Copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici .</b>

12	<b>Certificat de membru al OAMGMAMR</b> pentru asistentii medicali care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, 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.
13	<b>Copie a actului de identitate</b> pentru medici și personalul medico - sanitar.
14	<b>Declarația pe proprie răspundere a reprezentantului legal</b> cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate ( <b>conform modelului – Anexa 11A din Norme</b> ).
15	<b>Autorizația de liberă practică pentru fizioterapeuți</b> eliberată conform prevederilor legale.
16	<b>Aviz eliberat de către Direcția de Sănătate Publică Gorj</b> , pentru medicii care au împlinit vârsta de 65 ani, privind prelungirea activității.
17	<b>Copie după atestat sau alt document din care să rezulte calificarea în meserie maseuri și băieși.</b>
18	<b>Copie după documentele conforme și în termen de valabilitate, care constituie dovada deținerii legale a aparaturii.</b>
19	<b>Copie după documentele pentru aparatele deținute din care să reiasă anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi</b> care pot face terapie simultan cu aparatele respective, pentru care furnizorii încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate (fise tehnice ale aparatelor sau alte documente)
20	<b>Copie releveu imobil</b> din care să rezulte suprafața sălii de kinetoterapie (în metri pătrați).
21	<b>Copie după certificatele de garanție</b> pentru aparatele aflate în perioada de garanție.
22	<b>Copie după contractul de service</b> încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale, furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service <u>anterior expirării perioadei de garanție.</u>
23	<b>Copie după avizul de utilizare</b> , emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate „second hand” .
24	<b>Declarația pe propria răspundere a reprezentantului legal</b> al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare ( <b>conform modelului</b> ).
25	<b>Oferta de servicii medicale</b> de medicină fizică și de reabilitare. ( <b>conform modelului</b> )
26	<b>Fisa privind dotarea minimă obligatorie a sălii de kinetoterapie</b> conform ordinului 153/2003 cu modificările și completările ulterioare, completată. ( <b>conform modelului</b> )
27	<b>Declarație privind alte locuri de muncă</b> ale personalului care își desfășoară activitatea la furnizor în contract cu CASJ Gorj . ( <b>conform modelului</b> )
28	<b>Declarație pe propria răspundere ca nu au încheiat și nu încheie convenții</b> sau alte tipuri de înțelegere cu alți furnizorii în scopul obținerii de foloase/beneficii de orice natură ( <b>conform modelului anexat</b> ).

#### **NOTA:**

- 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.
- Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit DOAR în format electronic asumate fiecare în 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. Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 39 alin. (2) din Contractul-cadru, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
5. Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un asistent medical. Programul de lucru al asistentului medical poate fi o normă întreagă sau fracțiune de normă.
6. Furnizorul de servicii de medicina fizica si de reabilitare trebuie să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului este acoperită prin prezența unui medic de specialitate , medicină fizică și de reabilitare.
7. Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinica de medicina fizica si de reabilitare isi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minim 35 de ore pe saptamana si minim 5 zile pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu CASJ Gorj.
8. 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 este: contractare\_reca@casgorj.ro

**Pentru furnizorii care SE AFLA în relatie contractuală cu CASJ Gorj la data de 31.07.2019, contractele pentru anul 2018 se prelungesc prin acordul părților până la data de 31.12.2019, prin acte adiționale. Furnizorii respectivi vor reinnoi documentele depuse la contractarea din cursul anului 2018 a căror valabilitate expiră, precum si obligatoriu documentele cuprinse in opis la punctele 1 , 6, 7 si 8 .**

**Pentru furnizorii care NU SE AFLA în relatie contractuală cu C.A.S.J. Gorj la data de 31.07.2019 se vor incheia contracte valabile până la data de 31.12.2019.**

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



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

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name EC. LEONARD POPESCU.

**INTOCMIT,  
EC. BULUGEAN LAVINIA**

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name EC. BULUGEAN LAVINIA.

**Pentru furnizorii care SE AFLA in relatie contractuala cu CASJ Gorj la 31.07.2019**

**DENUMIRE FURNIZOR:** .....

**ADRESA:** .....

**Domnule Presedinte Director General,**

Subsemnatul/a ....., reprezentant legal al ....., CUI ....., avand sediul social in localitatea ....., str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul ....., cu punct de lucru in localitatea ....., str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul ....., telefon ....., fax ....., adresa e-mail ....., **solicit prin prezenta continuarea relatiei contractuale cu C.A.S.J. Gorj pana la data de 31.12.2019, pentru furnizarea de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare.**

De asemenea cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca pana la data depunerii cererii **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 ,  
Semnătura și ștampila

.....

**Domnului Președinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate a jud. Gorj**

**FURNIZOR:**

**LOCALITATEA:**

**NR. INREGISTRARE FURNIZOR:**

**Domnule Preşedinte-Director General**

Subsemnatul (a) ....., reprezentant legal al....., aflat la adresa, str....., nr....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. .... localitatea..... judeţul....., cu punct de lucru in str....., nr....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. .... localitatea..... judeţul....., telefon....., fax..... adresă e-mail.....cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....autorizaţia sanitară de funcţionare nr.....,decizia de evaluare 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 servicii medicale pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare pentru anul 2019.

**Data**

.....

**Semnătura**

.....

**Domnului Preşedinte-Director General al CASJ Gorj**

FURNIZORUL .....

**STRUCTURA DE PERSONAL**

**MEDICI**

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

Nota: Toată durata programului de lucru declarat al cabinetului și al bazei de tratament va fi acoperită prin prezența unui medic de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie.

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

**Reprezentant legal**

Nume și prenume, semnătură

**STRUCTURA DE PERSONAL  
ASISTENTE MEDICALE, FIZIOKINETOTERAPEUTI, KINETOTERAPEUTI, PROFESORI CFM, MASEURI, BAIESI**

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

FURNIZOR.....  
 APARATURA DIN DOTARE

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

Nota: Se vor declara in anexa aparatele pentru care sunt indeplinite urmatoarele conditii prevazute de legislatia in vigoare:

- \* Furnizorul poate face dovada deținerii legale a aparatului prin documente conforme și în termen de valabilitate;
- \* Furnizorul detine documentele din care să reiasă anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective
- \* Aparatele au înscrise pe ele seria și numărul și furnizorul detine fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.
- \* Aparatele sunt în perfectă stare de funcționare certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege .
- \* Aparatele sunt considerate cu 2,3 sau 4 canale numai dacă permit efectuarea terapiei la 2,3 respectiv 4 bolnavi în același timp.

Bifati cu " X " condițiile la care se încadrează sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie:

<b>SALA KINETOTERAPIE</b>
Suprafata utila între 8-15 mp
suprafata utila între 16-30 mp
suprafata utila peste 30 mp , folosita exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie
<b>Bazin hidrokinetoterapie</b>
Voluim bazin între 30-40 mc
Voluim bazin între 40-60 mc
Voluim bazin peste 60 mc

Sala de Kinetoterapie are :

Dotare corespunzatoare Ordinului MSP 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare

Dotare superioara Ordinului MSP 153/2003 cu modificarile si completarile ulterioare

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură

Data :



FURNIZOR:

### Sală de kinetoterapie

Dotare minima obligatorie (conform Ord. 153/2003 cu modificările și completările ulterioare):

Bifați cu "X" casutele corespunzătoare.

#### Condiții de spațiu:

- suprafața utilă a sălii va asigura cel puțin 4,5-5 m<sup>2</sup> pentru fiecare pacient;
- sala va avea aerisire naturală directă, cât mai eficientă;
- pardoseală caldă (parchet sau scândură) sau mochetă pe beton cu strat amortizor;
- cabină de duș (cu apă caldă permanentă) și WC;
- spațiu separat pentru dezbrăcat-îmbrăcat.

#### Dotări specifice:

- 1 spalier;
- 2 saltele;
- 1 oglindă de perete;
- 1 masă kineto simplă;
- 1 bancă;
- 2 instalații-montaje scripete cu contragreutăți;
- greutăți de diverse mărimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice;
- minimum 3-4 dispozitive pentru recuperare funcțională din grupa "dispozitive ajutătoare" (de exemplu: Pedalier, planșetă basculantă, giroplan, levier pentru cvadriceps, roată și scăriță pentru umăr, placă canadiană, placă pentru abilitățile mâinii etc.);
- cântar pentru persoane.

#### Dotări pentru urgență:

- aparat de măsurat tensiunea arterială;
- trusă de urgență:
  - 2-3 tipuri de mărimi de atele;
  - feși simple și feși elastice;
  - pansamente sterile;
  - dezinfectante (alcool, iod, unguent cu antibiotic);
  - 2-3 tipuri de medicație antialgică administrabilă oral sau rectal (algoalmin, piafen, paracetamol etc., câte 10 bucăți);
- 1 spray cu bronhodilatator (salbutamol, berotec);
- nitroglicerină, 10 tablete;
- nifedipin (simplu nu retard), 10 tablete, pentru administrarea sublinguală;
- furosemid, 10 tablete;
- atenolol sau metoprolol, 10 tablete.

Reprezentant legal

Semnatura

FURNIZOR : .....

**OFERTA DE SERVICII MEDICALE DE  
MEDICINA FIZICA SI DE REABILITARE  
PENTRU ANUL 2019**

Tipul serviciului	Numărul de servicii – consultații/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe Serviciu medical – consultație*)/zile de tratament*)	Valoare - lei -
0	1	2	3=1x2
Servicii medicale- Consultații medic specialist		30	
Servicii medicale- Consultații medic primar		36	
Servicii medicale- Consultații medic specialist cu Proceduri		40	
Servicii medicale- Consultații medic primar cu Proceduri		48	
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri		28	
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri ( cu masaj sau kinetoterapie )		42	
		<b>TOTAL</b>	

\*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul a H.G. nr. 140/2018, cu modificările și completările ulterioare și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de , medicină fizică și de reabilitare.

Nume și prenume reprezentant legal:  
Semnatura:

Data:

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	Marți	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)  
.....

## 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:**  
**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 2019.

-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 îndeplinească 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 medic / asistent medical / kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut / profesor cultura fizica medicala / maseur , 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 / PARAFĂ ( PENTRU .MEDIC )

Furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare:

.....

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 servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....