



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ
Str. Grivita nr.30, Tg.-Jiu, cod 210126, Gorj, Romania
e-mail: office@casgorj.ro
Tel.: 0253 223.940 / 0253 223.950; Fax: 0253 223.621
Nr. 1939 / 18. 02. 2010

În atenția, FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENȚA MEDICALA AMBULATORIE – SPECIALITATI CLINICE-

Pentru pregătirea acțiunii de contractare pentru anul 2010 și având în vedere proiectul Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 și proiectul Normelor Metodologice de aplicare a Contractului-cadru, vă invităm să depuneți la sediul CAS Gorj, în perioada 22.02.2010 – 05.03.2010, următoarele documente:

NR. CRT.	OPIS
1	<input type="checkbox"/> Cerere tip de intrare in relatii contractuale pe anul 2010 cu C.A.S. GORJ. Cererea va purta numar de inregistrare de la furnizorul de servicii medicale
2	<input type="checkbox"/> Structura organizatorica a ambulatoriului integrat de spital, Ordinul MS de înființare (spitale)
3	<input type="checkbox"/> Tabel nominal cu personalul medico-sanitar ce desfasoara activitate in ambulatoriul integrat de specialitate – specialitati clinice <input type="checkbox"/> Contract de muncă sau adeverință eliberată de Inspectoratul Teritorial de Muncă Gorj pentru fiecare asistent medical angajat.(pentru CMI si SRL)
4	<input type="checkbox"/> Certificatul de inregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizati conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, indiferent de forma lor de infiintare si organizare, respectiv actul de infiintare sau organizare, dupa caz;
5	<input type="checkbox"/> Dovada platii contributiei la Fond, conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data comunicarii termenului de depunere a cererii in vederea incheierii contractului pe 2010. Astfel, persoanele fizice autorizate vor face dovada plății cu adeverința emisă de serviciul de specialitate din cadrul C.A.S. Gorj iar persoanele juridice pe baza certificatului emis de Direcția Generală a Finanțelor Publice
6	<input type="checkbox"/> Autorizația sanitară de funcționare – pentru C.M.I. și spitale <input type="checkbox"/> Raportul de inspectie eliberat de Directia de Sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege pentru S.R.L.
7	<input type="checkbox"/> Dovada de evaluare a furnizorului in sistemul asigurarilor sociale de sanatate
8	<input type="checkbox"/> Cod unic de identificare fiscală
9	<input type="checkbox"/> Dovada contului în Trezoreria Statului pentru S.R.L. și spitale <input type="checkbox"/> Dovada contului în Bancă pentru C.M.I.
10	<input type="checkbox"/> Certificatul (certIFICATELE) de membru al Colegiului Medicilor Gorj a medicului/medicilor, vizat pe anul 2010 valabile la data incheierii contractului si

	pentru personalul mediu sanitar care desfășoară activitate în cabinetul medical.
11	<input type="checkbox"/> Dovada asigurării de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor, cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;
12	<input type="checkbox"/> Oferta de servicii medicale
13	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale în care să specifice dacă mai are contract cu altă Casă de Asigurări de Sănătate pentru servicii medicale clinice conform modelului anexat
14	<input type="checkbox"/> Declarația pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului de servicii medicale privind reînnoirea documentelor din dosarul de contractare conform modelului anexat
15	<input type="checkbox"/> Declarația fiecărui medic care să cuprindă specificarea tuturor locurilor de muncă și a programului din fiecare loc în parte, pe zile și ore (pentru C.M.I. si S.R.L.)
16	<input type="checkbox"/> Adresă e-mail, nr. telefon al reprezentantului legal

NOTĂ :

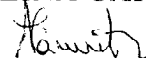
- În cazul furnizorilor cu mai mult de 1 medic / asistent în contract, documentele se vor depune grupat pentru fiecare medic / asistent în parte (certificat de membru in Colegiul Medicilor, malpraxis, contract de muncă, declarație de program).
- Documentele asistenților medicali se vor găsi în dosar imediat după documentele medicului cu care lucrează în cabinet.
- Nu sunt acceptate dosare incomplete.
- Reprezentant legal poate fi administratorul (cf. actului constitutiv) / o persoană desemnată de acesta printr-o împuternicire legalizată;
- Toate documentele depuse in xerocopie vor fi stampilate si semnate de reprezentantul legal si vor purta mențiunea "conform cu originalul".
- Proiectul Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 și proiectul Normelor Metodologice de aplicare a Contractului-cadru se găsesc pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate www.cnas.ro.
- Oferta de servicii medicale clinice va fi depusa dupa apariția Normelor metodologice de aplicare a Contractului –cadru pe anul 2010, la solicitarea CASJ Gorj.
- Dovada plății contribuției la FNUASS, conform prevederilor legale in vigoare (adeverinta eliberata de către CASJ Gorj pentru CMI sau de catre DGFP Gorj pentru societăți comerciale) va fi depusă după apariția Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pe anul 2010, la solicitarea CASJ Gorj.
- Anexa nr.1 se va depune dupa aparitia Normelor metodologice de aplicare a Contractului –cadru pe anul 2010, in functie de prevederile din acestea(17,5 ore sau 35 ore).

**PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
EC. ELENA COJOCARU**

**DIRECTOR EXECUTIV D.R.F.
EC. DANIEL SURLEA**



**INTOCMIT,
EC. ALINA CARUNTU**



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.....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 clinice, specialitatea pentru anul 2010.

Data

.....

Semnătura și ștampila rotundă

.....

Domnului Președinte-Director General al CASJ Gorj

Anexa 1

Nr. contract Clinice _____

Reprezentant legal _____

Domiciliu: localitatea....., strada....., nr.
....., bl., sc., etaj....., ap., judet.....,
telefon.....

Nume si prenume medic: Dr. _____

Grad profesional

.... medic specialist
.... medic primar

Cod parafa _____

CNP _____

Adresa cabinetului:

Localitatea _____

Strada _____ nr. _____

Bl. _____ sc. _____ ap. _____

Telefon:

cabinet _____

mobil _____

acasă _____

Program de activitate

LUNI	MARTI	MIERCURI	JOI	VINERI	SAMBATA	TOTAL ORE/SAPTAMANA

Personal angajat

Nr. crt.	Nume si prenume	Cod numeric personal	Pregatire profesionala (medic, asistent cu scoala postliceala, asistent cu liceu sanitar, personal auxiliar)	Incadrare (norma intreaga sau fractiune de norma)
1				
2				
3				

Stampila și semnatura furnizorului de servicii medicale

Semnatura si parafa medicului

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art.474 din Codul penal, privind falsul in declaratii, declar pe proprie raspundere că voi încheia contract pentru servicii medicale clinice numai în contract cu C.A.S.J. Gorj.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art.474 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 2010.

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

-mă oblig să comunic în termen de 5 zile lucrătoare la C.A.S. Gorj orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorul i-a fost încheiat contractul.

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA

DECLARATIE,

Subsemnatul (a), în calitate de reprezentant legal al, aflat la adresa, str....., nr....., bl., sc., et., ap. localitatea..... județul....., cunoscând prevederile art.474 din Codul penal, privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că îmi desfășor activitatea medicală în următoarele locuri de munca, cu urmatorul program de lucru:

1.Norma de baza:

2.Alte locuri de muncă:

DATA

SEMNATURA SI ȘTAMPILA