

Cerere ,

Subsemnatul/Subsemnata _____ **reprezentant al furnizorului de servicii medicale** _____ **medic dentist, grad profesional** _____, **adresa cabinetului:** localitatea _____ str. _____ nr. _____ **telefon cabinet** _____ fax _____, **adresa domiciliului :** localitatea, _____ Str. _____ nr. _____ **telefon domiciliu/mobil** _____, e-mail _____

(este obligatorie adresa de e-mail).

Solicit încheierea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală dentară pentru anii 2011-2012, pe baza următoarelor documente:

1. Certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale respectiv actul de înființare sau organizare, după caz, precum și a punctului de lucru;
2. Autorizația Sanitară de Funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberat de Direcția de Sănătate Publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, pentru cabinetul medical și punctul sanitar de lucru ;
3. Dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului;
4. Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal;
5. Cont deschis la Trezoreria statului sau cont deschis la banca;
6. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului (conform Ordinului nr.346/08.08.2006);
7. Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care este înregistrat în contract, funcționează sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
8. Dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații (**certificat de atestare fiscală pentru furnizor** - data limita de depunere **23.06.2011, ora 10**), efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
9. Certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (pentru fiecare medic dentist);
10. Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului;
11. Documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști;
12. Copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
13. Programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru, după caz, precum și programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor – 3 exemplare (anexa 1);
14. Copie a actului de identitate pentru reprezentantul legal, medici și personalul mediu sanitar;
15. Cod parafa pentru medicul titular și medicii angajați;
16. Declarație pe proprie răspundere care să cuprindă specificarea tuturor locurilor de muncă și a programului din fiecare loc în parte (pe zile și ore), pentru tot personalul medico sanitar inclus în contract ;
17. Declarația reprezentantului legal al furnizorului privind respectarea condițiilor care au stat la baza evaluării – anexa 2;
18. Declarație din partea reprezentantului legal al furnizorului pentru a-i reprezenta interesele, inclusiv semnarea contractului cu C.J.A.S. Cluj, (după caz) - anexa 3;
19. Împuternicire autenticată notarial, pentru persoana care transmite la distanță documentele și fișierul de date în format electronic, dacă aceasta nu se realizează de către reprezentantul legal al furnizorului ;
20. Lista personalului medico-sanitar angajat, conform anexei – anexa 4 ;
21. Dosar plic.

Doctor în medicină:	<input type="checkbox"/> Da/ <input type="checkbox"/> Nu
Ma aflu în relație contractuală ca furnizor de servicii medicale cu:	
- Casa Asigurarilor de Sanatate a A.O.P.S.N.A.J.:	<input type="checkbox"/> Da/ <input type="checkbox"/> Nu
- Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului:	<input type="checkbox"/> Da/ <input type="checkbox"/> Nu
- Alte case județene:	<input type="checkbox"/> Da/ <input type="checkbox"/> Nu
Sunt medic pensionar:	<input type="checkbox"/> Da/ <input type="checkbox"/> Nu.

Data : _____

Semnatura/stampila furnizorului

- Obs. : Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină și vor fi depuse în perioada **08.06.2011-17.06.2011**.

Denumire furnizor _____

Sediul social/Adresa fiscala _____

DECLARATIE

Subsemnatul(a) _____
legitim(a) cu B.I. seria _____ / nr. _____, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca de la data ultimei evaluari nu au intervenit modificari ale conditiilor care au stat la baza evaluarii, drept pentru care semnez si raspund.

Data

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)

Denumire furnizor _____

Sediul social/Adresa fiscala _____

DECLARATIE

Subsemnatul(a) _____
legitim(a) cu B.I. seria _____ / nr. _____, in calitate de reprezentant legal,
cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere
ca persoana desemnata pentru a-mi reprezenta interesele in relatia cu C.J.A.S.Cluj,
inclusiv semnarea contractului **Da** / **Nu**, este

BI/CI serie _____ / nr. _____

Mentionez ca unitatea si personalul respecta legislatia referitoare la protectia persoanelor
cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Data

**Reprezentant legal
(semnatura si stampila)**

Aviz,
Casa de Asigurări de Sănătate Cluj
Director _____
Data _____

Aviz,
Direcția de Sănătate Publică Cluj
Director _____
Data _____

Denumirea furnizorului _____
Sediul social/ Adresa fiscală _____
Telefon programari consultatii _____

DECLARAȚIE DE PROGRAM - 2011

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 Cluj se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
CABINET									
Medic angajat									
Asistent(ă)									

Data

Reprezentant legal (semnătura și ștampila)
