



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, 400158 Cluj-Napoca, Județul Cluj
Cod fiscal: 11324762, Cont RO16TREZ21627621620XXXXX
Tel. 0264-407.100; 0264-407.110; 0264-407.107; Fax: 0264-530597
E-mail: relatiipublice@cascluj.ro website: www.cascluj.ro
TELEFONUL ASIGURATULUI: 0800 800 974

ACTELE SI DOCUMENTELE NECESARE EVALUARII SPITALELOR

In atentia reprezentantului legal

Lista documentelor care trebuie depuse la secretariatul comisiilor de evaluare din sediul Casei de Asigurari de Sanatate Cluj. Cererile tipizate specifice fiecarei comisii judetene, lista cu copiile documentelor care trebuie anexate la cereri precum si Tabelele cu personalul angajat si cel cu aparatura din dotare se vor depune la secretariatul comisiilor de evaluare atat pe suport de hartie cat si in format electronic pentru cele trei tabele, cu semnatura si stampila furnizorului legal. Pentru informatii suplimentare va rugam sa va adresati secretariatului comisiilor de evaluare la telefoanele 0264-407114 si 0264-407102, persoane de contact: Dr. Meda Cristian; Dr. Sorin Cosnarovici.

Cererea de evaluare depusa de furnizor (Anexa 1) va fi insotita de copii ale urmatoarelor documente precum si de tabelul cu datele din aceste documente (Tabel 1)

1. Actul de infiintare sau organizare ;
2. Ordinul MSP de aprobare/avizare a structurii spitalului ;
3. Contul deschis la Trezoreria statului sau contul deschis la Banca;
4. Codul fiscal;
5. Autorizatia sanitara de functionare/raport de inspectie;
6. Dovada achitarii contributiei la FNUASS (certificat de atestare valabil) pentru furnizorii care au personal angajat.
7. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor;
8. Tabelul 1 cu datele din documente;
9. Tabelul 2 ce contine: datele despre personalul angajat;
10. Tabelul 3 ce contine date despre aparatura din dotare.

Cererea de evaluare va fi insotita si de **declaratia pe proprie raspundere a reprezentantului legal al furnizorului prin care acesta se obliga sa actualizeze valabilitatea avizelor, autorizatiilor, contractelor si a tuturor documentelor legale pe vazute de standardele de evaluare si care stau la baza evaluarii.**

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al
spitalului.....cu sediul la adresa
str.....nr.....localitatea.....județul.....
telefon.....fax.....având actul de înființare sau de organizare nr.
.....autorizația sanitară de funcționare nr.....codul fiscal.....și contul nr.....deschis
la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca..... autorizații de
liberă practică/certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru un număr
de.....angajați, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor
nr.....valabilă până la.....și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical
pentru personalul medico-sanitar nr....., solicit evaluarea spitalului în vederea contractării de
servicii spitalicești: în regim de spitalizare continuă, în regim spitalizare de zi, servicii medicale
în regim ambulatoriu efectuate în cabinete medicale de specialitate, servicii medicale paraclinice
în regim ambulatoriu - analize medicale de laborator; radiologie și imagistică medicală,
alte.....

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a
Spitalelor și aduse la cunoștință de către Comisia de Evaluare a Spitalelor de la nivelul casei de
asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în
vederea evaluării spitalului, precum și acces liber în spațiile acestuia.

Spitalul are în structura aprobată următoarele secții pentru care solicit evaluarea (în cazul în care
secțiile se află la altă adresă decât sediul spitalului se specifică secția și locația):

Secțiile:

1.....(adresa.....)

2.....(adresa.....)

3.....(adresa.....)

.....
cabinete de specialitate în regim ambulatoriu (adresa.....)

.....
laborator de analize medicale.....

.....
laborator de radiologie și imagistică medicală.....

.....
farmacie.....

Spitalul este condus decare se legitimează cu BI/CI
Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Semnătura

Data.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Spitalelor

DECLARATIE

Subsemnatul reprezentant legal al furnizorului, cunoscând prevederile Art. 474 Cod penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că mă oblig să actualizez valabilitatea avizelor, autorizațiilor, contractelor și a tuturor documentelor legale prevăzute de standardele de evaluare și care stau la baza evăluarii, astfel:

1. mă oblig să reînnoiesc pe toată perioada de valabilitate a Deciziei de Evaluare documentele cu termen de valabilitate expirat.
2. mă oblig să înaintez comisiei documentul reînnoit înainte de expirare.
3. mă oblig să comunic comisiei în termen de 5 (cinci) zile lucrătoare, orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora furnizorul a fost evaluat.

Data.....

REPREZENTANT LEGAL

.....