Furnizorul de servicii medicale
.....
Nr……. /…….

C.A.S. Timis
BIROUL EVALUARE CONTRACTARE

Nr...../ ....

CERERE DE CONTRACTARE

Subsemnatul(a) .....……..... reprezentant legal al furnizorului ..... cu sediul în ..... str. ..... nr. ..... , C.U.I. …….....…....…..…, decizie de evaluare nr. ……./..……, cont nr. …….....…….…… deschis la Banca/Trezoreria …..……..…, autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ……/……., ASM furnizor, după caz, nr. ...../....., telefon cabinet ....., telefon mobil ....., adresa e-mail .....…..
(obligatoriu), având în derulare cu C.A.S. Timis contractul nr. ……..…, vă rog să binevoiţi a aproba încheierea contractului de **furnizare a serviciilor medicale in asistenţă medicală primară pe anul 2024**, pentru :

<u>Medici de familie</u>:
Nume şi prenume medic titular ……..... CNP ..……..
Specialitatea ..…… Grad profesional …… Cod parafă ……...……

Nume şi prenume medic angajat ……..…..... CNP .....……..……
Specialitatea ..…… Grad profesional …… Cod parafă ……...……

<u>Asistenţi medicali</u> :
Nume şi prenume …… CNP ....., Specialitatea ..……
Nume şi prenume …… CNP ....., Specialitatea ..……

.

<u>PUNCT SECUNDAR</u>: localitatea …….....…… autorizaţia sanitară de functionare …...../.....…, decizia de evaluare nr. ……...../.....…

Sub sancţiunile prevăzute de art. 326 din Noul Cod penal privind falsul în declaraţii şi uzul de fals, declar pe propria răspundere următoarele:

- Documentele depuse sunt conform cu realitatea şi în termen de valabilitate.
- Nu am încheiat contract de furnizare servicii medicale cu altă casa de asigurări de sănătate.
- Nu am încheiat şi nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu art. 204, alin. (2) din H.G. nr. 696/2021.

Reprezentant legal furnizor
Nume, prenume, semnatura