Opis contractare 2024

Documentele pe baza cărora se vor încheia contractele de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară pentru anul 2024

1. Cerere/solicitare pentru intrarea in relatii contractuale cu CJAS Timis (model tip anexa 1);

2. Certificat de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale iar pentru unitatile publice actul de înfiinţare sau organizare si stuctura aprobata prin Ordin MS;

3. Dovada de evaluare a furnizorului precum si a punctului / punctelor de lucru secundare ale acestuia, dupa caz, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

4.Dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie conform prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze.

5.Codul de înregistrare fiscala (CIF) / codul unic de inregistrare fiscala (CUI)

6.Cont deschis la la Trezoreria Statului (ptr SRL-uri) / banca (pentru cabinete medicale individuale, asociate, grupate, societați civile medicale)

7. Dovada asigurării de raspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și societaților cu raspundere limitata care au un singur medic angajat;

8.Lista asumată prin semnatură electronică cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu CJAS Timiș și care își desfașoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme-specificat pentru fiecare punct de lucru în format pdf (model tip anexa 49 medici si anexa 49 asistenti).

9. Programul de activitate al cabinetului / punctului de lucru - în format.pdf (model tip anexa 45);

10. Pentru medici:

-certificat de membru al CMDR/CMSR pentru fiecare medic stomatolog/dentist care își desfașoară activitatea la furnizor într-o formă prevazută de lege și care urmează să fie înregistrată în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derularii contractului

- codul de parafă al medicului
- actul doveditor al gradulu profesional (dupa caz)

12. Pentru asistenți:

-certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevazută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului.

13. Contractul de service pentru aparatura cabinetului

NOTA:

1. Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic, fișier format .pdf, asumate fiecare în parte prin semnatură electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului la adresa de email : **contractare.stoma@cjastm.ro**

2. Anexele de la punctele 8 si 9 se transmit și în format xls ;

3**.**Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractului si transmise catre CJAS Timiș.

4.Medicii stomatologi, pentru a intra în relație contractuală cu CJAS Timiș, trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată;

Anexa 1

CJAS TIMIS MEDICINA DENTARA Nr. _____/_____

CERERE CONTRACT
2024

Cabinetul / Unitatea medicala …… avand forma de organizare:

- ❑ cabinet individual;
- ❑ cabinet grupat;
- ❑ cabinet asociat;
- ❑ societate civila medicala;
- ❑ unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
- ❑ ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului
- ❑ ……

Subsemnatul/a …… avand codul numeric personal ……. si C.I. cu seria ……. si nr. ……, in calitate de reprezentant legal al cabinetului / unităţii medicale ……..... cu sediul în .....……, str. ……, nr. …., sc……ap. …., sc…. si CUI/ CIF……..…, telefon cabinet ....., adresa e-mail ....., telefon mobil reprezentant legal ..... , vă rog să binevoiţi a aproba încheierea contractului de furnizare servicii medicale de medicina dentara pentru anul 2024, pentru următorul/urmatorii medici

1. **Nume şi prenume medic** …….., CNP ……, Specialitate …….., Grad profesional …….., Cod parafă…….....
2. **Nume şi prenume medic** …….., CNP ……, Specialitate …….., Grad profesional …….., Cod parafă ……..... .....
3. **Nume şi prenume medic** …….., CNP ……, Specialitate …….., Grad profesional …….., Cod parafă ……. .....

Asistenţi medicali :

1. Nume şi prenume…… CNP …….....……
2. Nume şi prenume…… CNP …….....……

PUNCT SECUNDAR: situat în .....…….,str. …….., nr…, bl. ……, sc. …….., ap. …… tel. cabinet ……., email cabinet ……

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

- Documentele transmise sunt conform cu realitatea şi în termen de valabilitate.
- 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 acestia/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. 207, alin. (2) din HG nr. 521/2023.

Data

Reprezentant legal,
(nume/prenume, semnatura)

ANEXA 45

Denumirea furnizorului.....
Sediul social / Adresa fiscala…….
punct de lucru …….……...……

DECLARAŢIE DE PROGRAM

Subsemnatul (a), ...
B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Timis se desfăşoară astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa / telefon, email	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru / punct secundar de lucru*)									
……									

**) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent*

Data
…….

Reprezentant legal
nume si prenume ……..

semnatura ……..

Furnizor de servicii medicale
Punct de lucru *1)

ANEXA 49

B. STRUCTURA DE PERSONAL
PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAŞĂ) -
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

nr.crt	NUME SI PRENUME	CNP	CERTIFICAT ELIBERAT de ORGANIZAȚIA PROFESIONALĂ			SPECIALITATEA	ASIGURARE DE RASPUNDERE CIVILĂ				DOCUMENTUL CARE ATESTĂ FORMA DE ANGAJARE LA FURNIZOR			PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar: ora de inceput-ora de final)*	TOTAL Ore/Săptămână
			Numar	Data eliberarii	Data expirarii		Numar	Valoare	Data eliberarii	Data expirarii	Tip Contract (CIM/PFA/PFI,etc)	Nr. Contract	Din DATA		
														L:	
														Ma:	
														Mi:	
														J:	
														V:	
														S:	
														D:	
														SL:	
														L:	
														Ma:	
														Mi:	
														J:	
														V:	
														S:	
														D:	
														SL:	

*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.
Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Raspundem de legalitatea, realitatea si exactitatea datelor sus menționate
REPREZENTANT LEGAL al FURNIZORULUI
(nume, prenume, semnatra electronica)

Data intocmirii

Furnizor de servicii medicale
Punct de lucru *1)

ANEXA 49

A. STRUCTURA DE PERSONAL
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	CNP	COD PARAFA (dupa caz)	CERTIFICAT/AUTORIZATIE DE LIBERA PRACTICA ELIBERAT/ELIBERATA DE ORGANIZATIA PROFESIONALA/AUTORITATEA COMPETENTA DUPA CAZ*			SPECIALITATEA **	ATESTAT DE STUDII COMPLEMENTARE		GRAD PROFESIONAL		ASIGURARE DE RASPUNDERE CIVILA			
				Numar	Data eliberarii	Data expirarii ****		Denumirea studiilor	Din DATA	Grad Profesional	Din DATA	Numar	Valoare	Data eliberarii	Data expirarii
1															
2															
3															

*se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidența contractului (**medici, biologi medicali/biologi, chimiști medicali/chimiști, biochimiști medicali/biochimiști, fizicieni, bioingineri, cercetători științifici în anatomie-patologică, absolvenți colegiu imagistică medicală, fizioterapeuți, kinetoterapeuti, psihologi, etc)**
** se completează în situația în care un medic are mai multe specialități confirmate prin ordin al ministrului
***programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale
**** se completează cu data expirării avizului anual

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.
Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Raspundem de legalitatea, realitatea si exactitatea datelor sus menționate

REPREZENTANT LEGAL al FURNIZORULUI
(nume, prenume, semnatra electronica)

Data intocmirii

Furnizor de servicii medicale
Punct de lucru *1)

A. STRUCTURA DE PERSONAL
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME SI PRENUME	DOCUMENTUL CARE ATESTĂ FORMA DE ANGAJARE LA FURNIZOR			PROGRAM DE LUCRU/ZI (interval orar: ora de inceput-ora de final)***	TOTAL Ore/Săptămână
		Tip Contract (CIM/PFA/PFI,etc)	Nr. Contract	Din data		
1					L : Ma : Mi : J : V : S : D : SL :	
2					L : Ma : Mi : J : V : S : D : SL :	
3					L : Ma : Mi : J : V : S : D : SL :	