

## **CERERE/DEPUNERE DE OFERTĂ**

*pentru furnizorii de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ*

**Doamnă Președinte-director general**

**Societatea comercială farmaceutică** \_\_\_\_\_, prin **reprezentantul legal** \_\_\_\_\_, având sediul social în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, jud. \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail. \_\_\_\_\_, pagina web \_\_\_\_\_, prin prezenta, **solicităm intrarea în relație contractuală** cu C.A.S. Satu Mare pentru anii 2011-2012 pentru următoarele farmacii și oficine locale de distribuție aflate în subordinea SC farmaceutice:

-1. Farmacia \_\_\_\_\_ aflată în localitatea \_\_\_\_\_ adresa \_\_\_\_\_

-----  
-2. Oficina locală de distribuție \_\_\_\_\_ aflată în localitatea \_\_\_\_\_ adresa \_\_\_\_\_

-----  
În acest sens, oferim asiguraților furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, conform reglementărilor legale în vigoare și suntem de acord cu depunerea documentelor solicitate de CAS Satu Mare, necesare întocmirii dosarului de contractare.

**Data:**

**S.C.farmaceutică**

**Numele și prenumele reprezentantului legal**

**Specimenul de semnătură al reprezentantului legal și ștampila**-----

Răspundem de exactitatea și realitatea datelor și informațiilor cuprinse în prezenta cerere și în documentele anexate și **vizate pentru conformitate cu originalul:**

1. certificatul de înmatriculare la Registrul Comerțului (și anexele sau certificatele constatatoare pentru farmacii și oficinele locale de distribuție)/actul de înființare, după caz nr.;
2. cod unic de înregistrare nr.;
3. contul deschis la Trezoreria statului nr.;
4. autorizația/autorizațiile de funcționare nr.;
5. dovada de evaluare a farmaciei /farmaciilor nr.;
6. dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor cât și pentru personalul farmaceutic (farmaciști și asistenți de farmacie) cu valabilitate cel puțin până la 31.12.2011;
7. dovada plății contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare (Certificat de atestare fiscală la zi, înregistrat la registratura ANAF);
8. dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică, eliberată de Colegiul Farmaciștilor din România;
9. dovada îndeplinirii criteriilor de selecție aprobate prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea CNAS, în condițiile legii, pentru farmaciile care derulează programe naționale de sănătate; \_\_\_\_\_;
10. program de lucru atât pentru farmacii cât și pentru oficinele locale de distribuție (**Anexa 1F**);
11. lista personalului de specialitate angajat (**Anexa 2F**) și programul de lucru al acestuia (**Anexa 3F**);
12. certificatul de membru pentru farmaciști și pentru asistenții de farmacie, **vizat la zi** ;
13. copii după contractele de muncă ale angajaților / prestări de servicii însoțit de certificatul de înregistrare pt. persoană fizică autorizată emis de Registrul Comerțului / ANAF;
14. copii după actul de identitate pentru reprezentantul legal/împuternicit și pentru farmaciștii și asistenții de farmacie.
15. declarația reprezentantului legal al furnizorului privind certificarea și actualizarea documentelor depuse(**Anexa 4F**);
16. declarația reprezentantului legal al furnizorului privind evidența cantitativ valorică (**Anexa 5F**);
17. declarația farmaciștilor/asistenților de farmacie privind locul de muncă în care își desfășoară activitatea (**Anexa 6F**);.

**Doamnei Președinte-director general al Casei de Asigurări de Sănătate Satu Mare,**