

Număr de înregistrare la
Furnizor de servicii de îngrijiri
Nr. Data

Număr de înregistrare la
C.A.S. Satu Mare
Nr. Data

MODEL

CĂTRE
CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE SATU MARE
B-dul Lucian BLAGA Nr. 64
SATU MARE

Subscrisa, reprezentată legal prin, funcția, cod numeric personal.....,
Cu sediul central în localitatea , nr. județul, telefon fix, fax,
adresa e-mail si sediul punctelor de lucru în localitățile, cod unic de înregistrare nr....., cont
cod IBAN deschis la trezoreria/banca,

Prin prezenta solicit intrarea în relație contractuală de furnizare de **servicii de îngrijiri medicale la domiciliul asiguraților** cu, Casa de Asigurări de Sănătate Satu Mare în anul 2011 pentru perioada de la 01.06.2011 până la 31.12.2011 în temeiul H.G. nr. 1389 din 28.12.2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 și a Normelor metodologice de aplicare

Anexez prezentei cereri următoarele documente necesare intrării în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină:

1. Copie, dovada de evaluare a furnizorului nr., valabilă la data încheierii contractului ;
 2. Contul cod IBAN nr., deschis la banca/trezoreria
 3. Copie, codul unic de înregistrare al furnizorului de servicii;
 4. Copie, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr.pentru furnizor valabilă la data încheieri contractului;
 5. Copie, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheieri contractului;
 6. Dovada plății la zi a contribuției la F.N.U.A.S.S. și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr.;
 7. Lista cu personalul de specialitate autorizat și programul de lucru al acestuia (programul de activitate al al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor. Se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, profesia, programul de lucru/zi- de la ora la ora-, număr ore,);
 8. Lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii;
1. Copie, după actul de înființare nr.....;

2. Împuternicire legalizată nr. pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;
 3. Copie, Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic;
 4. Copie, Certificat de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul sanitar, valabil la data încheierii contractului;
 5. Copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor;
 6. Copie a actului de identitate pentru medici și personalul mediu sanitar;
-
1. Copie Autorizația de funcționare nr. valabilă la data încheierii contractului;
 2. Copie Autorizația sanitară de funcționare pentru fiecare punct de lucru nr.;
 3. Tabel cuprinzind: localitatea, adresa, numărul de telefon și programul de funcționare al punctului(lor) de lucru, persoana coordonatoare a activității;

(DA / NU) solicit, în calitate de parte contractantă, negocierea în limita prevederilor legale în vigoare a clauzelor suplimentare la contractul ce îl voi încheia cu casa de asigurări de sănătate înscrise în Nota de negociere anexată.

FURNIZOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI,
(semnătura reprezentantului legal)

Amprenta ștampilei furnizorului,