

Domnule Președinte – Director general,

Subsemnatul dr....., titular al C.M.M.F.

dr.,cu sediul în localitatea

str.....nr.....telefon.....

.....,mobil.....,adresă de e-mail

- punct de lucru....., adresa.....
- medic furnizor.....cod parafa.....grad profesional.....
- medic angajat.....cod parafa.....grad profesional.....
- medic înlocuitor.....cod parafa.....grad profesional.....
- de la.....pana la.....
- asistent medical.....
- asistent medical.....

solicit încheierea contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2015.

Anexez copii după următoarele documente, certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal:

- dovada platii contributiei la Fond, pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- cerere/solicitare pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate
- program de activitate al cabinetului și punctului de lucru,
- lista, pe suport de hârtie și în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent,
- declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei cu numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise, din punct de vedere al conformității și valabilității acesteia, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.
- lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme;
- declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii 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, conform HG 400//2014, art. 18, alin.3 completata si modificata prin HG 205/2015
- Prin prezenta declar pe propria răspundere nu am încheiat contract de furnizare de servicii medicale cu alte case de asigurări de sănătate,

Semnătura,