

**DOMNULE PRE{EDINTE**

Subsemnatul(a) ..... reprezentant(a) legal al(a) societ\]ii de furnizare servicii de **îngrijiri medicale la domiciliu** ..... cu sediul în municipiul/orasul ....., str. ....nr. ...., bl. ...., sc. ....,et ....., ap. ...., judetul....., tel. ...., cont nr. ...., deschis la Trezoreria satatului sau cont nr. .... descis la Banca ....., cod numeric al reprezentantului legal ....., vă rog să binevoiți a - mi aproba încheierea contractului de furnizare servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu C.J.A.S. Vaslui pe anul 2009.

Anexez alaturat documenta]ia prevazut\ de actele normative in vigoare necesara incheierii contractului ( copiile documentelor poarta specificatia ,,conform cu originalul" si sunt semnate si stampilate):

1. copie dup\ actul constitutiv;
2. certificatul de `nregistrare `n registrul unic al cabinetelor medicale nr.....;
3. dovada de evaluare;
4. autoriza]ia sanitar\ de func]ionare;
  - a. DIREC}IA DE S|N|TATE PUBLIC|
  - b. MINISTERUL S|N|T|}II
5. cont deschis la Trezorerie/Banc\;
6. asigurare de r\spundere civilă medical\ pentru furnizor și personalul medico sanitar angajat valabil\ pe toat\ durata contractului;
7. autoriza]ie de libera practic\ pentru personalul angajat ;
8. copii ale ale contractelor de munca pentru personalul medical angajat ;
9. copie dupa C.I. a furnizorului ;
10. **adeverinta/ dovada care atesta ca furnizorul nu are datorii la fondul dev asigurari de sanatate ;**
11. `mputernicire legalizata nr.... pentru persoana desemnata ca `mputernicit legal `n rela]ia cu casa de asigur\ri de s\n\tate nr.....,
12. Lista personalului angajat [i program de lucru

Declar pe propria r\spundere, sub sanc]iunile prevăzute de art. 474 din Codul penal privind falsul în declara]ii și uzul de fals, c a documentele sunt conform cu realitatea si in termen de valabilitate.

**Reprezentant legal,**  
**Nume si prenume.....**  
**Stampila si semnatura**

**Lista personalului angajat și programul de lucru:**

**1. Medic**

1.1 Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Specialitatea:.....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru/zi .....ore

1.2. Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Specialitatea:.....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru/zi .....ore

.....

**2. Asistent medical**

2.1 Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Program de lucru/zi .....ore

2.2 Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Program de lucru/zi .....ore

.....

**3. Alte categorii de personal:**

3.1 Nume ..... Prenume .....

Ocupație.....

Cod numeric personal .....

Program de lucru/zi .....ore

3.2 Nume ..... Prenume .....

Ocupație.....

Cod numeric personal .....

Program de lucru/zi .....ore

.....