

Programul SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

Obiectiv specific: ESO 4.11.

Titlu Proiectului: Depistare Activă, Responsabilitatea, Informație și Acces – DARIA

Beneficiar: Institutul Oncologic “ Prof. Dr. Ion Chiricuta” Cluj-Napoca

Cod Proiect MySMIS: 352097

Anexa 1 - Cerere de înscriere în procesul de afiliere

CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN PROCESUL DE AFILIERE

Subsemnatul / Subsemnata _____, în calitate de reprezentant legal al cabinet medical individual / cabinete medicale grupate / cabinete medicale asociate / societate civilă medicală _____, solicit înscrierea în procesul de afiliere a cabinetelor de medicină de familie aflate în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate, organizat de **Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Andreoiu” Ploiești**, în cadrul proiectului **“Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA”** cod SMIS: 352097 .

Declar că am luat cunoștință de prevederile anunțului de afiliere și de condițiile aplicabile procesului de afiliere și solicit evaluarea dosarului depus în vederea includerii cabinetului în activitățile proiectului.

Datele de identificare ale cabinetului medical sunt următoarele:

- Denumire cabinet medical:
- Forma de organizare:
- Sediul profesional / domiciliul fiscal:
- Localitate: Județ:
- Cod de identificare fiscală:
- Număr de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale:
- Cont IBAN:
- Banca:



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Număr contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate a Județului _____:
- Perioada de valabilitate a contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate:
- Numele și prenumele medicului/medicilor de familie implicați:
- Număr certificat de membru al Colegiului Medicilor din România:
- Număr autorizație de liberă practică:

Date de contact:

- Telefon:
- E-mail:

Anexez prezentei cereri documentele prevăzute în anunțul de afiliere, după cum urmează:

- a) copia actului de identitate al medicului de familie/reprezentantului legal, după caz;
- b) copia autorizației de liberă practică a medicului/medicilor de familie sau a altui document echivalent, potrivit legii;
- c) copia certificatului de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale;
- d) dovada înființării sediului secundar, dacă este cazul;
- e) certificatul de membru emis de Colegiul Medicilor, însoțit de avizul anual valabil;
- f) asigurarea de răspundere civilă profesională valabilă;
- g) copia contractului încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate;
- h) Anexa 2 – Declarație de eligibilitate;**
- i) Anexa 3 – Declarație de disponibilitate;**
- j) Anexa 4 – Declarație privind evitarea dublei finanțări;**
- k) Anexa 5 – Notă de informare GDPR și acord de prelucrare a datelor cu caracter personal.**

Data:

Denumire cabinet:

Nume și prenume reprezentant legal:

Semnătura: