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: Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA
Partener organizator al afilierii: Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova
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 Clinic Județean de Urgență Craiova, 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 cunoştinţă de prevederile anunţului de afiliere şi de condiţiile aplicabile procesului de afiliere şi solicit evaluarea dosarului depus în vederea includerii cabinetului în activităţile proiectului.

Datele de identificare ale cabinetului medical sunt următoarele:

- Denumire cabinet medical:
- Forma de organizare:
- Sediul profesional / domiciliul fiscal:
- Localitate: Judeţ:
- Cod de identificare fiscală:
- Număr de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale:
- Cont IBAN:
- Banca:
- Număr contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate:
- Perioada de valabilitate a contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate:

- Numele şi prenumele medicului/medicilor de familie implicaţi:
- Număr certificat de membru al Colegiului Medicilor din România:
- Număr autorizaţie de liberă practică:

Date de contact:

- Telefon:
- E-mail:

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

a) copia actului de identitate al medicului de familie/reprezentantului legal, după caz;
b) copia autorizaţiei 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 înfiinţării sediului secundar, dacă este cazul;
e) certificatul de membru emis de Colegiul Medicilor, însoţit de avizul anual valabil;
f) asigurarea de răspundere civilă profesională valabilă;
g) copia contractului încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate;
h) Anexa 2 – Declaraţie de eligibilitate**;**
i) Anexa 3 – Declaraţie de disponibilitate**;**
j) Anexa 4 – Declaraţie privind evitarea dublei finanţări**;**
k) Anexa 5 – Notă de informare GDPR şi acord de prelucrare a datelor cu caracter personal**.**

Data:

Denumire cabinet:

Nume şi prenume reprezentant legal:

Semnătura: