**CCM1 - CERERE PENTRU ÎNCHEIERE CONVENȚIE ELIBERARE CONCEDII MEDICALE**

## Către Director General al CASMB

Furnizorul de servicii medicale …………..............................................................................................................., reprezentată prin …............................................................................................ și având forma de organizare:

* cabinet individual / cabinete grupate / cabinete asociate
* societate civilă medicală / cabinet organizat ca persoană juridică
* Spitale / Unități sanitare cu paturi
* Centre de permanență / Centre multifuncționale
* Frunizor transport sanitar
* Unități de dializă

cu autorizaţia sanitară nr. ................. din data de ................................, valabilă pînă la date de …………………, cu certificatul de înregistrare la Registrul Unic al Cabinetelor( după caz) nr. .............................. din data de …………………………. , având sediul în Bucureşti, Str..............………………………………………………………..……...…… nr. …………………………………………………………………………………………………..sect. ……...., telefon....................................., fax............................, e-mail ……………..…………………, cod unic de înregistrare / cod fiscal ………………………......., doresc să închei convenţie pentru eliberarea de concedii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti

Odată cu prezentul formular, depun şi următoarele documente:

1. Autorizație sanitară de funcționare
2. Codul unic de înregistrare / Codul fiscal
3. Certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor
4. Certificatul de înregistrare la Registrul Comerțului
5. Malpraxis pe furnizor
6. Avizul anual de la Colegiul Medicilor, în termen, pentru fiecare medic nou introdus în convenție
7. Actul de identitate (BI/CI) al reprezentantului legal și pentru fiecare medic
8. Declarație, pe proprie răspundere, a fiecărui medic dacă mai eliberează sau nu concedii medicale și la alți furnizori (tipizat CCM5)
9. Tabel centralizator Medici prescriptori introduși în convenție (tipizat CCM 6)

Menţionez că **NU** am încheiat convenţie pentru eliberarea de concedii medicale cu altă casă de asigurări de sănătate.

Număr contract de servicii medicale cu CASMB ( după caz) :…………………………………….

Răspund de exactitatea datelor ,

**Reprezentant legal**

**"Sunt de acord să se colecteze fotocopia după actele de identitate, în vederea identificării neconformităților între datele înscrise pe cerere și datele cuprinse în actul de identitate / malpraxis / Certificat Membru Colegiu". (Încercuiți DA sau NU)**