

CERERE DE AFILIERE

Pentru afilierea ca partener în cadrul proiectului „Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă”

În urma anunțului dumneavoastră nr. din data de privind demararea procedurii de AFILIERE în cadrul Proiectului „**Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă**”, _____ (*denumirea organizației*) își exprimă intenția de a se afilia ca partener Unitate sanitară publică sau privată, alături de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.

Precizăm că _____ (*denumirea organizației*) îndeplinește condițiile generale și condițiile specifice de afiliere și se încadrează în categoria de parteneri eligibili pentru Afilierea în cadrul Proiectului „**Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă**”.

Având în vedere cele prezentate, considerăm că organizația noastră poate deveni partener afiliat în cadrul prezentului proiect pentru prestarea de servicii medicale de testare genetică.

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului _____

Semnătura reprezentantului legal al solicitantului _____

ANEXA 2

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Subsemnatul, posesor al CI/BI seria....., nr....., eliberată de, în calitate de al, cunoscând că falsul în declarații constituie infracțiune pedepsită în conformitate cu prevederile art.326 din Codul penal, cu prilejul depunerii Cererii de Afiliere în cadrul Proiectului “Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă”, declar pe propria răspundere că:

- a), **NU** se află în nici una din situațiile de mai jos:
- este în incapacitate de plată/ în stare de insolvență, conform Legii nr.85/2014 privind procedura insolvenței, cu modificările și completările ulterioare, după caz;
 - a suferit condamnări definitive datorate unei conduite profesionale îndreptată împotriva legii, decizie formulată de o autoritate de judecată ce are forță de res judicata;
 - se află în stare de faliment sau face obiectul unei proceduri de lichidare sau de administrare judiciară, are încheiate concordate, și-a suspendat activitatea în ultimii 2 ani dinaintea depunerii cererii de afiliere sau face obiectul unei proceduri în urma acestor situații sau se află în situații similare în urma unei proceduri de aceeași natură prevăzute de legislația sau de reglementările naționale;
 - reprezentanții săi legali/structurile de conducere și persoanele care asigură conducerea solicitantului au comis în conduita profesională greșeli grave, demonstrate în instanța, pe care autoritatea contractantă le poate justifica;
 - se încadrează, din punct de vedere al obligațiilor de plată restante la bugetele publice, într-una din situația în care obligațiile de plată nete depășesc 1/12 din totalul obligațiilor datorate în ultimele 12 luni, în cazul certificatului de atestare fiscală emis de Agenția Națională de Administrare Fiscală;
 - reprezentanții săi legali/structurile de conducere și persoanele care asigură conducerea solicitantului au fost condamnați printr-o hotărâre cu valoare de res judicata pentru fraudă, corupție, participare la o organizație criminală sau la orice alte activități ilegale în detrimentul intereselor financiare ale Comunităților;
 - solicitantul și partenerul/partenerii și/sau reprezentanții lor legali/structurile de conducere a acestora și persoanele care asigură conducerea solicitantului/partenerului/partenerilor se află în situația de conflict de interese sau incompatibilitate, așa cum este definit în legislația națională și comunitară în vigoare
- b) _____ nu înregistrează datoriile publice și și-a achitat taxele, obligațiile și alte contribuții la bugetul de stat, bugetele speciale și bugetele locale prevăzute de legislația în vigoare.
- c) sunt pe deplin autorizat să semnez această declarație în numele _____,

Declar, de asemenea, că afirmațiile din această declarație sunt adevărate și că informațiile incluse în aceasta sunt corecte.

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului _____

Semnătura reprezentantului legal al solicitantului _____

ANEXA 3**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT
privind prelucrarea datelor cu caracter personal**

Subsemnatul, posesor al CI/BI seria....., nr....., eliberată de, în calitate de al, declar că:

Datele cu caracter personal care fac obiectul prezentei declarații vor fi utilizate și prelucrate în scopul implementării Proiectului **“Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă”**.

Am fost informat că datele furnizate vor fi tratate confidențial în conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsurile de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Am luat la cunoștință că Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (A.S.S.M.B.) are obligația legală de a-mi administra, prelucra și porta în condiții de siguranță datele mele personale, pe care le furnizez sau pe care le furnizează instituția.

Prelucrarea datelor cu caracter personal presupune orice operațiune sau un set de operațiuni efectuate asupra datelor cu caracter personal sau asupra seturilor datelor cu caracter personal, cu sau fără utilizarea de mijloace automatizate, cum ar fi: colectarea, înregistrarea, organizarea, structurarea, stocarea, adaptarea sau modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea, divulgarea prin transmitere, diseminarea sau punerea la dispoziție în orice alt mod, alinierea sau combinarea, restricționarea, ștergerea sau distrugerea.

Totodată am luat act de faptul că datele mele cu caracter personal vor fi transmise, prin orice mijloc de comunicare, instituțiilor publice sau altor entități publice ori private.

Am fost informat/ă că datele mele personale urmează să fie prelucrate, sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică, în cadrul Procedurii de Afiliere, organizată de către A.S.S.M.B.

Am fost informat/ă că în conformitate cu prevederile Legii 190/2018 privind măsurile de punere în aplicare a Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, beneficiaz de următoarele drepturi:

- dreptul de acces la prelucrarea datelor cu caracter personal;

- dreptul de a obține din partea operatorului informații cu privire la scopurile prelucrării;
- destinatarii sau categoriile de destinatari cărora datele cu caracter personal le-au fost sau urmează să le fie divulgate;
- perioada pentru care se preconizează că vor fi stocate sau criteriile utilizate pentru a stabili această perioadă;
- informații disponibile privind sursa datelor cu caracter personal când acestea nu sunt colectate de la persoana vizată;
- dreptul de a solicita operatorului rectificarea, completarea sau ștergerea datelor cu caracter personal ori restricționarea prelucrării datelor cu caracter personal sau dreptul de a mă opune prelucrării (printr-o cerere scrisă, datată, semnată, depusă la sediul operatorului, în cazul de față la sediul A.S.S.M.B.);
- dreptul de a depune o plângere în fața Autorității Naționale de Supraveghere.

În situația în care, datele mele personale cu caracter personal furnizate sunt incorecte sau vor suferi modificări (schimbare domiciliu, statut civil, etc) mă oblig să informez în scris A.S.S.M.B. în timp util.

** Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile, programele și proiectele desfășurate de A.S.S.M.B.*

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului _____

Semnătura reprezentantului legal al solicitantului _____



ANEXA 4

**PUNCTELE DE LUCRU ÎN CARE SE VA IMPLEMENTA PROIECTUL
„TESTAREA GENETICĂ LA CANCERUL DE SÂN ÎN FORMĂ INCIPIENTĂ”**

Contractul cu unitatea selectată în urma procesului de afiliere va fi încheiat pentru următoarele puncte de lucru:

Nr.	Denumire	ADRESĂ ȘI COORDONATE DE CONTACT					
		Oraș	Sector/Județ	Stradă, nr.	Tel. / Fax	Website/ E-mail	Persoană de contact/tel
1							
2							
3							
..							

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului _____

Semnătura reprezentantului legal al solicitantului _____

ANEXA 5**DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE
privind îndeplinirea condițiilor și asigurarea tipurilor de servicii specifice**

Subsemnatul, posesor al CI/BI seria....., nr....., eliberată de, în calitate de al, cunoscând că falsul în declarații constituie infracțiune pedepsită în conformitate cu prevederile art.326 din Codul penal, cu prilejul depunerii Cererii de Afiliere în cadrul Proiectului “**Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă**”, declar pe propria răspundere că Unitatea, pe care o reprezint:

- va efectua teste genetice în cadrul proiectului care îndeplinesc caracteristicile precizate în procedura de afiliere;
- se angajează să mențină prețul ferm și nemodificabil pe toată perioada de implementare a proiectului, astfel încât costul per test genetic ce va fi decontat de către A.S.S.M.B. nu va depăși valoarea 12.350 lei (TVA inclus)/beneficiar. Reducerile de preț și/sau pachetele de servicii oferite de Entitățile afiliate, având costuri mai mici decât cele percepute la data semnării Contractului de afiliere, nu reprezintă o încălcare a acestei obligații, practicarea lor fiind permisă;
- se angajează să mențină calitatea serviciilor medicale prestate, pe toată perioada derulare a contractului;
- se angajează să promoveze proiectul prin afișarea la sediu a posterului/roll-up/flyere/pliante/etc. dedicate proiectului, al căror conținut va fi avizat în prealabil de către Unitatea de Implementare din cadrul A.S.S.M.B., precum și publicarea pe pagina web proprie, a calității de afiliat în cadrul proiectului, a bugetului maxim alocat/beneficiar, cu link de direcționare spre site-ul A.S.S.M.B. la Regulamentul privind implementarea proiectului;
- se angajează să prelungească valabilitatea autorizațiilor solicitate, pe toată perioada de implementare a proiectului;
- se angajează să transmită documentele necesare în vederea decontării sprijinului financiar, în maximum 120 de zile calendaristice de la data primirii deciziei de aprobare în proiect a beneficiarilor, în caz contrar acesta va pierde dreptul la decontarea lor;
- se angajează să contacteze și să realizeze programarea beneficiarilor, în maxim 3 zile de la data primirii, din partea Unității de Implementare a Proiectului (UIP), a listei beneficiarilor cu dosare aprobate și a deciziilor de aprobare aferente;
- se angajează să realizeze programarea beneficiarilor la serviciile medicale, având în vedere ca acestea să se efectueze cu încadrarea în termenul de 60 zile de la data primirii deciziei de aprobare. În cazul în care beneficiarul nu se poate prezenta la vreuna dintre programări, va putea solicita reprogramarea, în limita a maximum 2 reprogramări, cu respectarea încadrării în termenul maxim de 60 zile de la data primirii deciziei de aprobare.
- se angajează că orice modificare față de condițiile de mai sus, va fi adusă la cunoștința A.S.S.M.B. – Unitatea de implementare a proiectului “Testarea genetică la cancerul de sân

în formă incipientă” în maximum 10 zile de la data producerii, iar aceasta poate face obiectul re-evaluării afilierii;

- tariful perceput pentru efectuarea testării genetice per beneficiar cu care va fi afiliat în Proiect reprezintă media tarifelor pe ultimele 12 luni;

Declar că sunt pe deplin autorizat să semnez această declarație în numele

.....

Declar, de asemenea, că afirmațiile din această declarație sunt adevărate și că informațiile incluse în aceasta sunt corecte.

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului _____

Semnătura reprezentantului legal al solicitantului _____

Denumire AFILIAT _____

CIF _____

PROIECT „Testarea genetică la cancerul de sân în formă incipientă”
DECONT CENTRALIZATOR

NR CRT	NUME ȘI PRENUME BENEFICIAR	CNP BENEFICIAR	Număr decizie de aprobare în proiect	Număr și data factură	Data trimire raport medical către beneficiar	Cost unitar fără TVA	TVA	Valoare înaintată la plată incl. TVA
1								
2								
3								
4								
5								
..								
..								
..								

Anexam:

- Fotocopie Factură per beneficiar privind serviciile medicale de testare genetică prestate, cu mențiunea "Conform cu originalul"

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului _____

Semnătura reprezentantului legal al solicitantului _____