

**CERERE DE AFILIERE**

**Pentru afilierea ca partener în cadrul proiectului “RECUPERARE ONCOLOGICĂ”**

În urma anunțului dumneavoastră nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_ privind demararea procedurii de AFILIERE în cadrul Proiectului “RECUPERARE ONCOLOGICĂ”, \_\_\_\_\_  
(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 “RECUPERARE ONCOLOGICĂ”.

Având în vedere cele că prin Hotărârea Consiliului General al Municipiului București nr. 677/25.11.2022 privind aprobarea Proiectului „Recuperare oncologică”, se acordă sprijin financiar în cuantum de 5.850 lei/ beneficiar în vederea decontării unui pachet de servicii de specialitate care cuprinde ședințe de kinetoterapie, drenaj limfatic, consiliere psihologică, precum și consiliere de nutriție oncologică, considerăm că organizația noastră poate deveni partener afiliat în cadrul prezentului proiect, pentru asigurarea (se va/vor bifa serviciul/serviciile asigurat/e):<sup>1</sup>

- Serviciilor de Kinetoteapie
- Serviciilor de Drenaj limfatic manual
- Serviciilor de Consiliere psihologică
- Serviciilor de Nutriție oncologică

**Tariful ofertat** pentru afilierea în cadrul proiectului, care va fi menținut ferm și nemodificabil pe toată perioada de derulare a contractului, pentru fiecare categorie de servicii asigurate, este de:

<input type="checkbox"/> <b>Servicii de Kinetoterapie</b>	_____ lei/ședință
<input type="checkbox"/> <b>Servicii de Drenaj limfatic manual</b>	_____ lei/ ședință
<input type="checkbox"/> <b>Servicii de Consiliere psihologică</b>	_____ lei/ ședință
<input type="checkbox"/> <b>Servicii de Nutriție oncologică</b>	_____ lei/ ședință

Data \_\_\_\_\_

Reprezentant legal,  
Nume și prenume,

\_\_\_\_\_  
Semnătura și ștampila

<sup>1</sup> Unitățile interesate, se pot afilia pentru una/mai multe/toate specializările aferente proiectului, cu respectarea condițiilor generale și specifice fiecărui tip de activitate din domeniul proiectului.

**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 “**RECUPERARE ONCOLOGICĂ**”, 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 Legi 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:*

*Semnătura reprezentantului legal al solicitantului* \_\_\_\_\_

**DECLARAȚIE DE CONȘIȚĂMÂNT  
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 Proiectului “**RECUPERARE ONCOLOGICĂ**”.

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 de date 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 unităților sanitare/de specialitate, publice sau 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, beneficiez 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:*

*Semnătura reprezentantului legal al solicitantului \_\_\_\_\_*

**ANEXA 4****PUNCTELE DE LUCRU ÎN CARE SE VA IMPLEMENTA PROIECTUL “RECUPERARE ONCOLOGICĂ”**

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

Nr.	Denumire	ADRESĂ				
		Sector	Stradă, nr.	Tel / Fax	Website/ E-mail	Persoană de contact/tel
1						
2						
3						
4						

*Data:*

*Ștampila:*

*Semnătura reprezentantului legal al solicitantului* \_\_\_\_\_

**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  
infrațiune pedepsită în conformitate cu prevederile art.326 din Codul penal, cu prilejul  
depunerii Cererii de Afiliere în cadrul Proiectului “**RECUPERARE ONCOLOGICĂ**”,  
declar pe propria răspundere că Unitatea\_\_\_\_\_, pe care o  
reprezint, va asigura (se va/vor bifa serviciul/serviciile asigurat/e):

**Servicii de Kinetoteapie**

se angajează să mențină prețul ferm și nemodificabil pe toată perioada de implementare a proiectului, prestând **sedinte de kinetoterapie**, astfel încât costul per beneficiar, ce va fi trimis spre decontare către A.S.S.M.B., nu va depăși valoarea **135 lei/sedința de kinetoterapie**. Reducerile de preț și/sau pachetele de servicii oferite de unitățile sanitare/de specialitate, publice sau private 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;

**Servicii de Drenaj limfatic manual**

se angajează să mențină prețul ferm și nemodificabil pe toată perioada de implementare a proiectului, prestând **sedinte de drenaj limfatic manual**, astfel încât costul per beneficiar, ce va fi trimis spre decontare către A.S.S.M.B., nu va depăși valoarea **170 lei/sedința de drenaj limfatic manual**. Reducerile de preț și/sau pachetele de servicii oferite de unitățile sanitare/de specialitate, publice sau private 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;

**Servicii de Consiliere psihologică**

se angajează să mențină prețul ferm și nemodificabil pe toată perioada de implementare a proiectului, prestând **sedinte de consiliere psihologică**, astfel încât costul per beneficiar, ce va fi trimis spre decontare către A.S.S.M.B., nu va depăși valoarea **250 lei /sedința de consiliere psihologică**. Reducerile de preț și/sau pachetele de servicii oferite de unitățile sanitare/de specialitate, publice sau private 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;

**Servicii de Nutriție oncologică**

se angajează să mențină prețul ferm și nemodificabil pe toată perioada de implementare a proiectului, prestând **consultații de nutriție oncologică**, astfel încât costul per beneficiar, ce va fi trimis spre decontare către A.S.S.M.B., nu va depăși valoarea **300 lei /consultație de nutriție oncologică**. Reducerile de preț și/sau pachetele de servicii oferite de unitățile sanitare/de specialitate, publice sau private 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 materialelor și a serviciilor prestate, pe toata durata de implementare a proiectului.



se angajeaza sa 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 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 de specialitate, având în vedere ca acestea să se efectueze cu încadrarea în termenul de 90 zile de la data primirii deciziei de aprobare. În cazul în care beneficiarul nu se poate prezenta la vreuna dintre programări, va putea solicita reprogramare, în limita a maximum 2 reprogramări, cu respectarea încadrării în termenul maxim de 90 zile de la data primirii deciziei de aprobare în care va putea să beneficieze de diferența de servicii de specialitate aferente pachetului recomandat.

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

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

*Data:*

*Ștampila:*

*Semnătura reprezentantului legal* \_\_\_\_\_



**Denumire AFILIAT** \_\_\_\_\_

**CIF** \_\_\_\_\_

**PROIECT "RECUPERARE ONCOLOGICĂ"**

**DECONT CENTRALIZATOR**

- <sup>2</sup>  **Serviciilor de Kinetoteapie**  
 **Serviciilor de Drenaj limfatic manual**  
 **Serviciilor de Consiliere psihologică**  
 **Serviciilor de Nutriție oncologică**

<b>NR CRT</b>	<b>NUME ȘI PRENUME BENEFICIAR</b>	<b>CNP BENEFICIAR</b>	<b>Număr factură</b>	<b>Data factură</b>	<b>Număr ședinte/ consultație</b>	<b>Cost unitar lei/ședință</b>
1						
2						
3						
4						
5						
..						
..						
..						

**Anexam:**

- Fotocopie Factură per beneficiar privind serviciile prestate, cu mențiunea "Conform cu originalul";
- Fișe individuale de decont, în original, semnate de către beneficiari pentru serviciile de care a beneficiat în cadrul proiectului.

**Reprezentant legal**

*(Nume și prenume, Semnatura și stampila)*

<sup>2</sup> *Notă: se va/vor bifa serviciul/serviciile decontat/e*





**Denumire AFILIAT** \_\_\_\_\_

**CIF** \_\_\_\_\_

**PROIECT "RECUPERARE ONCOLOGICĂ"**

**FIȘĂ INDIVIDUALĂ DE DECONT**

- <sup>3</sup> **Serviciilor de Kinetoteapie**  
 **Serviciilor de Drenaj limfatic manual**  
 **Serviciilor de Consiliere psihologică**  
 **Serviciilor de Nutriție oncologică**

**NUME SI PRENUME BENEFICIAR** \_\_\_\_\_

**CNP BENEFICIAR** \_\_\_\_\_

<b>Nr. Crt.</b>	<b>Data efectuării ședinței</b>	<b>Semnătură BENEFICIAR</b>	<b>Nume și prenume personal care a prestat serviciul de specialitate</b>	<b>Funcția</b>	<b>Semnatura/parafă</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**Stampila unității emitente**

<sup>3</sup> *Notă: se va/vor bifa serviciul/serviciile decontat/e*



Denumire AFILIAT \_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_

**PROIECT ”RECUPERARE ONCOLOGICĂ”**

**FIȘĂ INDIVIDUALĂ DE DECONT  
Ședințe de consiliere psihologică**

NUME SI PRENUME BENEFICIAR \_\_\_\_\_

CNP BENEFICIAR \_\_\_\_\_

Nr. Crt .		Data efectuării ședinței de consiliere psihologică	Semnătură BENEFICIAR	Nume și prenume personal care a prestat serviciul de specialitate	Funcția	Semnatura/parafă
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
	Nume și prenume aparținător	Data efectuării ședinței de consiliere psihologică împreună cu aparținătorul	Semnătură BENEFICIAR	Nume și prenume personal care a prestat serviciul de specialitate	Funcția	Semnatura/parafă
1						
2.						
3.						
4.						
5.						

*Stampila unității emitente*