

## INFORMAȚII GENERALE

(denumirea operatorului economic)

1. Denumirea societății comerciale: \_\_\_\_\_  
 2. Codul fiscal: \_\_\_\_\_  
 3. Contul din Trezorerie, Sucursală: \_\_\_\_\_, deschis la \_\_\_\_\_  
 4. Adresa sediului: \_\_\_\_\_  
 5. Telefon: \_\_\_\_\_, fax: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_  
 6. Certificat de înmatriculare: \_\_\_\_\_ (număr, dată, loc de înmatriculare)  
 7. Obiect de activitate, pe domenii: \_\_\_\_\_

(In conformitate cu prevederile din statutul propriu)

8. Se va menționa numărul total de farmacii, inclusiv punctele farmaceutice aflate în structura operatorului economic

Farmacii în contract cu C.N.A.S.	Farmacii în contract cu CASAOPSNAJ	Farmacii în contract cu AMBELE case	Farmacii în contract cu NICIUNA din case

9. Societatea comercială desfășoară activitatea de comercializare angro a medicamentelor? \_\_\_\_\_  
 Activitatea societății comerciale de comercializare angro a medicamentelor este separată de activitatea de comercializare cu amănuntul? \_\_\_\_\_

(la prima întrebare se răspunde cu "DA" sau "NU". La a doua întrebare se trece "-" dacă răspunsul la prima întrebare este "NU")

10. Cifra de afaceri a societății pe ultimii 3 ani:

Anul	Cifra de afaceri, anuală la 31 decembrie, în lei, pentru Societatea comercială
2017	
2018	
2019	
Media anuală	

11. Cifra de afaceri a societății rezultată doar din activitatea de comercializare cu amănuntul a produselor farmaceutice:

Anul	Cifra de afaceri, anuală la 31 decembrie, în lei, pentru toate farmaciile	Cifra de afaceri, anuală la 31 decembrie, în lei, pentru farmaciile în relație contractuală cu C.N.A.S.	Cifra de afaceri, anuală la 31 decembrie, în lei, pentru farmaciile în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.
	<b>1=(2+3)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2017			
2018			
2019			
Media anuală			

12. Reprezentantul/ții legal/i ai operatorului economic (nume, prenume și funcție): \_\_\_\_\_

13. Persoana împuternicită de un reprezentant legal (dacă este cazul), al operatorului economic, să semneze oferta și convenția (nume, prenume și funcție): \_\_\_\_\_

(Numele și prenumele)

în calitate de \_\_\_\_\_

(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)

autorizat să semneze oferta pentru și în numele \_\_\_\_\_

(denumirea operatorului economic)

(semnătura)

## FORMULAR DE OFERTĂ

Către C.M.D.T.A. Ploiești

1. Examinând caietul de sarcini, normele metodologice și proiectul de convenție, aplicabile prezentei proceduri, subsemnații reprezentanți ai ofertantului \_\_\_\_\_, (denumirea operatorului economic) suntem de acord să desfășurăm toate activitățile necesare pentru eliberarea rețetelor pentru asigurații din M.A.I. pentru care semnăm convenția cu privire la decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor compensate și necompensate suportată din bugetul M.A.I., în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația mai sus menționată, pentru un discount conform tabelului de mai jos.

2. Ne angajăm ca, în cazul în care oferta noastră este stabilită câștigătoare, să desfășurăm activitățile, în conformitate cu prevederile caietului de sarcini, normele metodologice și ale convenției.

3. Ne angajăm să menținem această ofertă valabilă pentru până la data de 31.12.2019 și ea va rămâne obligatorie pentru noi și poate fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate.

4. Până la semnarea convenției de către autoritatea beneficiară, aceasta ofertă și convenția semnată în trei exemplare originale, împreună cu comunicarea transmisă de dumneavoastră, prin care oferta noastră este acceptată ca fiind câștigătoare, constituie un acord angajant între noi.

Nr. crt	Denumirea farmaciei	Adresa farmaciei					Discount acordat în %
		Județul	Orașul	Strada	Nr.	Bl., sc. etc.	
1		Brăila	Brăila				
			Brăila				
2		Botoșani	Botoșani				
			Botoșani				
			Dorohoi				
3		Vrancea	Focșani				
			Focșani				

4		Covasna	Sf. Ghe.				
			Sf. Ghe.				
5		Neamț	Piatra Neamț				
			Piatra Neamț				
			Târgu Neamț				
			Roman				
6		Suceava	Suceava				
			Suceava				
			Fălticeni				
			Gura Humorului				
			Câmpulung Moldovenesc				
			Vatra Dornei				
			Rădăuți				
7		Bacău	Bacău				
			Bacău				
			Onești				
8		Galați	Galați				
			Galați				
9		Harghita	Miccurea Ciuc				
			Miccurea Ciuc				
			Odorheiu-Secuiesc				
			Toplița				
			Gheorgheni				
10		Buzău	Buzău				
			Buzău				
			Râmnicu Sărat				

11		Vaslui	Vaslui				
----	--	--------	--------	--	--	--	--

			Vaslui			
			Huși			
			Bârlad			
12		Iași	Iași			
			Iași			
13		Brașov	Brașov			
			Brașov			
			Făgăraș			
14		Prahova	Ploiești			
			Ploiești			
			Ploiești			
			Câmpina			

Tabelul se va completa cu denumirea și adresa exactă a farmaciei. Se va scrie doar cu litere mari de tipar. Restul rubricilor se vor tăia cu o linie orizontală. Nu se admit ștersături.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)

în calitate de \_\_\_\_\_  
(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)  
autorizat să semneze oferta pentru și în numele

\_\_\_\_\_  
(denumirea operatorului economic)

\_\_\_\_\_  
(semnătura)

### DECLARAȚIE ANGAJAMENT

Subsemnatul, \_\_\_\_\_ reprezentant  
legal/ împuternicit al \_\_\_\_\_,  
(denumirea și sediul operatorului economic)

Declar pe propria răspundere ca am capacitatea și mă oblig să adaptez programul informatic implementat la nivelul farmaciei, astfel încât din prețul total al rețetelor să se poată evidenția separat sumele suportate din F.N.U.A.S.S. (decontate de casa de asigurări de sănătate), sumele suportate din bugetul M.A.I. și sumele plătite de asigurat în cazul în care asiguratul solicită să i se elibereze un alt medicament decât cel prescris pe bază de D.C.J. (denumire comună internațională) și discountul aferent.

Toate datele respective se vor materializa în tabelele și borderourile anexe ale caietului de sarcini.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)  
în calitate de \_\_\_\_\_,  
(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)  
autorizat să semnez oferta pentru și în numele  
\_\_\_\_\_  
(denumirea operatorului economic)

\_\_\_\_\_  
(semnătura)

**DECLARAȚIE PRIVIND FARMACIILE OPERATORULUI ECONOMIC  
în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.**

Subsemnatul, \_\_\_\_\_ reprezentant  
legal/împuternicit al \_\_\_\_\_  
(denumirea și sediul operatorului economic)

declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că societatea are următoarele farmacii în relație cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.:

Nr. crt.	Denumirea farmaciei, nu a societății comerciale	Adresa farmaciei, nu a societății comerciale
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		

Tabelul se va completa cu denumirea și adresa exactă a tuturor farmaciilor pe care le deține operatorul economic. Se va scrie doar cu litere mari de tipar. Restul rubricilor se vor tăia cu o linie orizontală. Nu se admit ștersături. Dacă rubricile nu sunt suficiente, se vor completa două formulare și se va specifica pe ambele formulare pagina 1 din 2, respectiv pagina 2 din 2 în colțul din dreapta jos.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ /2020

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)  
în calitate de \_\_\_\_\_  
(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)  
autorizat să semneze oferta pentru și în numele  
\_\_\_\_\_  
(denumirea operatorului economic)  
\_\_\_\_\_  
(semnătura)

## ÎMPUTERNICIRE

Subscrisa S.C. \_\_\_\_\_, cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, C.U.I. \_\_\_\_\_, număr  
de ordine în Registrul Comerțului: J \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, prin administrator și/sau asociat/asociat unic  
\_\_\_\_\_

Împuternicesc prin prezenta pe dl./d-na. \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în  
localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
identificat(ă) cu C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, C.N.P. \_\_\_\_\_, eliberată de  
\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_

Să ne reprezinte la "Procedura de selecție a farmaciilor comunitare cu care se vor încheia  
convenții pentru decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor compensate  
și necompensate prescrise pentru asigurații din M.A.I. cu drept de gratuitate" și să îndeplinească  
toate formalitățile necesare în fața C.M.D.T.A. Ploiești.

Împuternicitul nostru are următoarele drepturi și obligații:

1. Să semneze toate actele și documentele care emană de la subscrisa în legătură cu participarea la procedură; să reprezinte și să semneze toate documentele rezultate pe parcursul și/sau în urma procedurii de mai sus, inclusiv convenția să răspundă solicitărilor de clarificare formulate de către comisia de evaluare în timpul desfășurării procedurii.
2. Prin prezenta, împuternicitul nostru este pe deplin autorizat să angajeze răspunderea subscrisei cu privire la toate actele și faptele ce decurg din participarea la procedură.

**Note:**

1. Împuternicirea va fi însoțită de o copie după actul de identitate al persoanei împuternicite.
2. Împuternicirea nu se introduce în plic!!! Împuternicirea va însoți scrisoarea de înaintare și va fi anexată plicului sigilat.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)  
în calitate de \_\_\_\_\_  
(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)  
autorizat să semneze oferta pentru și în numele

\_\_\_\_\_  
(denumirea operatorului economic)

\_\_\_\_\_  
(semnătura)

## DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ (numele și prenumele), reprezentant legal/împuternicit al \_\_\_\_\_ (denumirea operatorului economic), în calitate de ofertant la procedura de selecție farmaciei comunitare din județul \_\_\_\_\_ pentru atribuirea convenției privind decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor compensate și necompensate prescrise pentru asigurații M.A.I. cu drept la gratuitate, pentru anul 2019, organizată de C.M.D.T.A. Ploiești, declar pe propria răspundere, sub sancțiunea excluderii din procedura de selecție și sub sancțiunile aplicabile faptei de fals în declarații prevăzute de art. 326 Cod penal că:

1. Nu am membri în cadrul consiliului de administrație/organ de conducere ori de supervizare și/sau are acționari ori asociați persoane care sunt soț/soție, rudă sau afin până la gradul al patrulea inclusiv, ori care se află în relații comerciale, cu persoane ce dețin funcții de decizie în cadrul autorității beneficiare, inclusiv persoanele care aprobă bugetul aferent autorității beneficiare. Persoanele cu funcție de decizie din cadrul C.M.D.T.A. Ploiești: Piticaș Maria, Popescu Ion, Mihalache Ion, Neculăiță Oana, Pătrașcu Liviana.

2. În ultimii 5 ani nu am fost condamnat prin hotărâre definitivă a unei instanțe judecătorești pentru participarea la activități ale unei organizații criminale, pentru corupție, fraudă și/ sau spălare de bani.

3. Nu sunt în faliment ca urmare a hotărârii pronunțate de judecătorul-sindic;

4. Mi-am îndeplinit obligațiile de plată a impozitelor, taxelor și contribuțiilor de asigurări sociale către bugetele componente ale bugetului general consolidat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare în România sau în țara în care sunt stabilit;

5. În ultimii 2 ani mi-am îndeplinit în mod corespunzător obligațiile contractuale, fără a aduce prejudicii beneficiarilor;

6. Nu am fost condamnat, în ultimii 3 ani, prin hotărâre definitivă a unei instanțe judecătorești, pentru o faptă care a adus atingere eticii profesionale sau pentru comiterea unei greșeli în materie profesională;

7. Nu prezint informații false iar informațiile solicitate de către autoritatea beneficiară, în scopul demonstrării îndeplinirii criteriilor de calificare și selecție, sunt complete și corecte în fiecare detaliu.

Subsemnatul declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare detaliu și înțeleg că autoritatea beneficiară are dreptul de a solicita, în scopul verificării și confirmării declarațiilor, orice documente doveditoare de care dispun.

Înțeleg că în cazul în care această declarație nu este conformă cu realitatea sunt pasibil de încălcarea prevederilor legislației penale privind falsul în declarații.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)  
în calitate de \_\_\_\_\_,  
(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)  
autorizat să semneze oferta pentru și în numele  
\_\_\_\_\_  
(denumirea operatorului economic)

\_\_\_\_\_  
(semnătura)

**DECLARAȚIE PRIVIND  
RESPECTAREA  
LEGII 21/1996**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ (numele și prenumele), reprezentant legal/imputernicit al \_\_\_\_\_ (denumirea operatorului economic), în calitate de ofertant la procedura de selecție farmaciei comunitare din județul \_\_\_\_\_ pentru atribuirea convențiilor privind decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor compensate și necompensate prescrise pentru aigurații M.A.I. cu drept la gratuitate, pentru anul 2019, organizată de C.M.D.T.A. Ploiești, declar pe propria răspundere, sub sancțiunea excluderii din procedura de selecție și sub sancțiunile aplicabile faptei de fals în declarații prevăzute de art. 326 Cod penal că:

Societatea comercială pe care o reprezint, nu este parte a vreunui acord, decizii sau practici concertate între ea și alte firme, care au ca obiect sau efect împiedicarea, restrângerea sau denaturarea concurenței sau care sunt susceptibile de a denaturarea concurența pe piața românească sau pe o parte a acesteia, așa cum sunt interpretate de Legea concurenței nr. 21/1996.

Prin prezenta declar, cunoscând prevederile art. 65 alin. (1) din Legea 21/1996, că nu am la cunoștință de implicarea societății comerciale pe care o reprezint, în vreuna din practicile interzise de art. 5 alin. (1) și care nu sunt exceptate potrivit prevederilor art. 5 alin. (2) din legea menționată.

Subsemnatul declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare detaliu și înțeleg că autoritatea beneficiară are dreptul de a solicita, în scopul verificării și confirmării declarațiilor, orice documente doveditoare de care dispun.

Înțeleg că în cazul în care această declarație nu este conformă cu realitatea sunt pasibil de încălcarea prevederilor legislației penale privind falsul în declarații.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele)  
în calitate de \_\_\_\_\_  
(se va menționa dacă este reprezentant legal sau imputernicit)  
autorizat să semnez oferta pentru și în numele  
\_\_\_\_\_  
(denumirea operatorului economic)

\_\_\_\_\_  
(semnătura)