

**ANEXA 1**

**CERERE DE AFILIERE**

**Pentru afilierea ca partener în cadrul proiectului „Testarea genetică în cancerele ereditare”**

În urma anunțului dumneavoastră nr. .... din data de ..... privind demararea procedurii de AFILIERE în cadrul Proiectului „**Testarea genetică în cancerele ereditare**”, \_\_\_\_\_ (*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 în cancerele ereditare**”.

Având în vedere că prin Hotărârea Consiliului General al Municipiului București nr. 188/29.05.2023 privind aprobarea Proiectului „**Testarea genetică în cancerele ereditare**”, se acordă sprijin financiar în cuantum de **4.000 de lei/beneficiar pentru efectuarea** testării genetice a panelului de gene care să includă genele BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, STK11, PTEN, CDH1, POLE, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, tariful perceput per beneficiar pentru efectuarea testării genetice a panelului de gene care să includă genele BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, STK11, PTEN, CDH1, POLE, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, **prețul cu care organizația** \_\_\_\_\_ (*denumirea organizației*) **se angajează a se afilia în cadrul proiectului**, pe toată durata de implementare, și care va fi menținut ferm pe toată durata de implementare este de \_\_\_\_\_ **lei/beneficiar**.

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

*Data:*

*Ștampila:*

*Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului* \_\_\_\_\_

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

### 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 în cancerele ereditare**”, declar pe propria răspundere că:

- a) ....., **NU** se află în niciuna 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 care 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, prevăzută 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 a restanțelor la bugetele publice, într-una dintre situațiile 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 judicată 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 ale 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 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* \_\_\_\_\_

**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 în cancerele ereditare**”.

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, beneficiiez 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****CENTRELE DE EFECTUARE A TESTĂRII GENETICE ÎN CARE SE VA IMPLEMENTA PROIECTUL  
„TESTAREA GENETICĂ ÎN CANCERELE EREDITARE”**

Contractul cu unitatea selectată în urma procesului de afiliere va fi încheiat pentru următoarele centre de efectuare a testării genetice:

Nr	DENUMIRE CENTRU	ADRESĂ ȘI COORDONATE DE CONTACT						PERSONAL MEDICAL SPECIALIZAT	
		Oraș	Sector	Stradă, nr.	Tel. / Fax	Website/ E-mail	Persoană de contact/tel.	Nume și prenume	Specializare personal medical
1		București							
..									

*Data:*

*Ștampila:*

*Nume și prenume reprezentant legal al solicitantului* \_\_\_\_\_

*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 infracțiune pedepsită în conformitate cu prevederile art.326 din Codul penal, cu prilejul depunerii Cererii de Afiliere în cadrul Proiectului „**Testarea genetică în cancerele ereditare**”, declar pe propria răspundere că Unitatea, pe care o reprezint:

- deține toate autorizațiile de funcționare, conform legislației în vigoare;
- se angajează că tariful perceput per beneficiar pentru efectuarea testării genetice a panelului de gene care să includă genele BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, STK11, PTEN, CDH1, POLE, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, **cu care organizația \_\_\_\_\_ (denumirea organizației) se afiliază în cadrul proiectului**, pe toată durata de implementare, este de \_\_\_\_\_ lei;
- se angajează că tariful perceput per beneficiar pentru efectuarea testării genetice a panelului de gene care să includă genele BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, STK11, PTEN, CDH1, POLE, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, cu care va fi afiliat în proiect, precum și calitatea serviciilor medicale prestate, vor fi menținute pe toată perioada derulării a contractului;
- se angajează că tariful perceput per beneficiar pentru efectuarea testării genetice a panelului de gene care să includă genele BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, STK11, PTEN, CDH1, POLE, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, cu care va fi afiliat în proiectului, este cel mult egal cu media tarifelor practicate de unitate în ultimele 6 luni;
- se angajează să promoveze proiectul prin afișarea la sediu a posterelor/roll-up-ului/flyerelor/pliantelor/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 asigure valabilitatea autorizațiilor solicitate, pe toată perioada de implementare a proiectului;
- se angajează să presteze serviciile medicale care fac obiectul proiectului, cu respectarea condițiilor generale și specifice privind selecția unităților afiliate prevăzute în Procedura privind afilierea unităților sanitare publice sau private de specialitate în cadrul proiectului „Testarea genetică în cancerele ereditare”, precum și a prevederilor Regulamentului privind implementarea 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 va pierde dreptul de decontare;

- se angajează să contacteze și să programeze beneficiarii, în maximum 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 programeze beneficiarii serviciilor medicale, ținând cont ca programarea să se efectueze în maximum 30 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 termenului de maximum 30 zile de la data primirii deciziei de aprobare;
- se angajează să comunice în scris beneficiarilor, în termen de maximum 60 de zile de la preluarea probelor, rezultatul testului (raportul medical);
- se angajează să prezinte trimestrial, în primele 5 zile lucrătoare de la finele trimestrului (luni de raportare: aprilie, august, octombrie, ianuarie), indicatorii statistici din Anexa nr. 7, privind persoanele testate;
- se angajează să aducă la cunostința A.S.S.M.B. – Unitatea de implementare a proiectului „Testarea genetică în cancerle ereditare” orice modificare a condițiilor de selecție în maximum 10 zile de la data producerii acestora și își asumă că aceste modificări pot face obiectul reevaluării afilierii;
- are acces la o bază de date pentru interpretarea mutațiilor;
- are un istoric de testare a mutațiilor BRCA;
- să facă dovada controlului extern de calitate;
- utilizează kituri validate CE-IVD;
- oferă următoarele tipuri de servicii de laborator:
  - Secvențiere NGS
  - MLPA pentru duplicații și deleții
  - Confirmarea rezultatelor pozitive prin secvențiere Sanger
  - Interpretarea rezultatelor
- oferă posibilitatea de consiliere genetică medicală;
- își asumă termenul de plată de 60 (șaizeci) zile de la data transmiterii documentației în vederea decontării, pentru serviciile medicale prestate în cadrul proiectului.

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 în cancerle ereditare”**
**DECONT CENTRALIZATOR**

NR CRT	NUME ȘI PRENUME BENEFICIAR	CNP BENEFICIAR	Număr decizie de aprobare în proiect	Număr și data factură per beneficiar	Data recoltare	Data trimire rezultat testare genetică	Cost unitar lei
1							
2							
3							
4							
5							
..							
..							
..							

**Anexăm:**

- Fotocopie Factură per beneficiar privind **serviciile medicale de testare genetică a panelului de gene care să includă genele BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53, STK11, PTEN, CDH1, POLE, ATM, CHEK2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2**, cu mențiunea „Conform cu originalul”

***Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.***

Data:

Ștampila:

Nume și prenume reprezentant legal al unității afiliate \_\_\_\_\_

Semnătura reprezentantului legal al unității afiliate \_\_\_\_\_



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

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

**PROIECT „Testarea genetică în cancerle ereditare”**

**CENTRALIZATOR TRIMESTRIAL  
INDICATORI STATISTICI PENTRU PERIOADA** \_\_\_\_\_

Nr. crt.	Număr beneficiari testați lunar	Diagnostic oncologic	Număr rezultate cu mutații patogene (P) sau posibil (likely) patogene (LP)	Genele identificate și mutațiile P/LP	Număr VUS-uri

**Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.**

*Data:*

*Ștampila:*

*Nume și prenume reprezentant legal al unității afiliate* \_\_\_\_\_

*Semnătura reprezentantului legal al unității afiliate* \_\_\_\_\_