

nte



MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul 193 (XXXVII) — Nr. 1219

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 31 decembrie 2025

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
1.126.	— Hotărâre privind înscrierea în inventarul centralizat al bunurilor din domeniul public al statului și darea în administrarea Regiei Autonome Tehnologii pentru Energia Nucleară — RATEN, aflată sub autoritatea Ministerului Energiei, a unor bunuri mobile	2
	ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
2.037.	— Ordin al ministrului finanțelor pentru modificarea și completarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonantarea și plata cheltuielilor bugetare, aprobate prin Ordinul ministrului finanțelor nr. 1.140/2025	3–8
2.140/1.943.	— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 735/976/2018 privind modelul de contract, metodologia de negociere, încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a contractelor de tip cost-volum/cost-volum-rezultat	8
2.339/2015.	— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate	9–14
	ACTE ALE CAMEREI CONSULTANȚILOR FISCALI	
12.	— Hotărâre pentru modificarea Hotărârii Consiliului superior al Camerei Consultanților Fiscali nr. 14/2021 privind aprobarea cotizațiilor, a termenelor de plată și a obligațiilor declarative pentru membrii Camerei Consultanților Fiscali	15
	★	
Rectificări		16

HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind înscrierea în inventarul centralizat al bunurilor din domeniul public al statului și darea în administrarea Regiei Autonome Tehnologii pentru Energia Nucleară — RATEN, aflată sub autoritatea Ministerului Energiei, a unor bunuri mobile

Având în vedere prevederile art. 5 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 54/2013 privind unele măsuri pentru reorganizarea prin divizare parțială a Regiei Autonome pentru Activități Nucleare Drobeta-Turnu Severin și înființarea Regiei Autonome Tehnologii pentru Energia Nucleară — RATEN, aprobată prin Legea nr. 302/2013, precum și ale art. 6 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 144/1999 pentru aprobarea continuării și finanțării activităților de cercetare-dezvoltare, aplicații și inginerie tehnologică aferente suportului tehnic național pentru domeniul de energetică nucleară din cadrul Regiei Autonome pentru Activități Nucleare, precum și pentru aprobarea finanțării activităților specifice cooperării internaționale în domeniul de energetică nucleară, aprobată prin Legea nr. 198/2000, cu modificările ulterioare,

în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 288 și 299 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 867 alin. (1) din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Se aprobă înscrierea în inventarul centralizat al bunurilor din domeniul public al statului a bunurilor mobile ale căror date de identificare sunt prevăzute în anexa*) care face parte integrantă din prezenta hotărâre și darea în administrarea Regiei Autonome Tehnologii pentru Energia Nucleară — RATEN, aflată sub autoritatea Ministerului Energiei, cu destinația dezvoltarea suportului tehnic național și cooperarea internațională pentru energetica nucleară.

(2) Predarea-preluarea bunurilor mobile prevăzute la alin. (1) se realizează în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

Art. 2. — Ministerul Energiei va actualiza în mod corespunzător datele din evidența cantitativ-valorică și, împreună cu Ministerul Finanțelor, va opera modificările corespunzătoare în inventarul centralizat al bunurilor din domeniul public al statului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.705/2006, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
ILIE-GAVRIL BOLOJAN

Contrasemnează:
Viceprim-ministru,
Marian Neacșu
p. Ministrul energiei,
Mihail-Silviu Pocora,
secretar general
Ministrul finanțelor,
Alexandru Nazare

București, 18 decembrie 2025.
Nr. 1.126.

*) Anexa se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1219 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul din șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, București.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL FINANȚELOR

ORDIN

pentru modificarea și completarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor bugetare, aprobate prin Ordinul ministrului finanțelor nr. 1.140/2025

Având în vedere dispozițiile art. 4 alin. (1) din Legea contabilității nr. 82/1991, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 10 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 34/2009 privind organizarea și funcționarea Ministerului Finanțelor, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul finanțelor emite următorul ordin:

Art. I. — Normele metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor bugetare, aprobate prin Ordinul ministrului finanțelor nr. 1.140/2025, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 696 din 25 iulie 2025, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 1 alineatul (1), litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

„h) *compartiment de specialitate* — compartimentul funcțional definit la art. 5 lit. q) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, denumită în continuare *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019*, inclusiv compartimentul de resort, care susține necesitatea efectuării cheltuielilor bugetare;”

2. La articolul 20, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 20. — (1) La momentul avizării/vizării, proiectul de angajament legal trebuie să aibă înscris și codul de angajament, cu excepția cazului prevăzut la art. 14 alin. (10).”

3. La articolul 21, alineatul (8) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(8) Pentru angajamentele legale a căror plată este obligatoriu de realizat conform legii, faza lichidării se consideră îndeplinită după informarea ordonatorului de credite, instituției plătitoare revenindu-i doar obligația întocmirii documentului de fundamentare, ordonanțării de plată și efectuării plății, potrivit art. 12 alin. (9) teza a doua.”

4. La articolul 41, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(4) Obligația prevăzută la art. 18 alin. (3) se aplică după înregistrarea în sistemul de control al angajamentelor.”

5. La articolul 48 alineatul (4) litera b), teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:

„Înregistrarea în contabilitate se efectuează pe baza documentelor de fundamentare comunicate de persoana/ persoanele care are/au acces la sistemul de control al angajamentelor desemnate de ordonatorul de credite, după aprobarea de ordonatorul de credite, cu excepțiile prevăzute la art. 12 alin. (9) teza a doua, respectiv la art. 41 alin. (3).”

6. La articolul 48 alineatul (4) litera c), teza a treia se modifică și va avea următorul cuprins:

„Înregistrarea în contabilitate se efectuează pe baza documentelor de fundamentare sau a documentelor de fundamentare revizuite, după caz, după aprobarea de către ordonatorul de credite, cu excepțiile prevăzute la art. 12 alin. (9) teza a doua, respectiv la art. 41 alin. (3).”

7. La articolul 48 alineatul (4) litera d), teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:

„Înregistrarea în contabilitate se efectuează pe baza documentelor de fundamentare sau a documentelor de fundamentare revizuite, după caz, după aprobarea de către ordonatorul de credite, cu excepțiile prevăzute la art. 12 alin. (9) teza a doua, respectiv la art. 41 alin. (3).”

8. La articolul 49, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Începând cu 1 ianuarie 2027, documentele prevăzute la alin. (1) lit. a), b), d), e) vor fi întocmite exclusiv în format electronic și semnate electronic. În situații temeinic justificate, instituțiile publice din domeniul apărare, ordine publică și siguranță națională pot solicita Ministerului Finanțelor derogare de la aplicarea prezentului alineat.”

9. Anexele nr. 1 și 2 se modifică și se înlocuiesc cu anexele nr. 1 și 2 care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul finanțelor,
Alexandru Nazare

Instituția publică:

Cod de identificare fiscală:

DOCUMENT DE FUNDAMENTARE

Număr unic de înregistrare revizuirea/data

- Se referă la angajamente legale care se emit ca urmare a unei obligații legale sau de către un terț.

Secțiunea A: Obiectul documentului de fundamentare

1. Compartiment de specialitate:

.....

2. Descrierea pe scurt a obiectului documentului de fundamentare/Motivul revizuirii:

.....

3. Descrierea pe larg a stării de fapt și de drept:

.....

4. Valoarea angajamentelor legale (pe toată perioada de valabilitate a documentului de fundamentare):

 se stabilește ținând cont de:

Element de fundamentare	Program	Cod SSI	Parametrii de fundamentare	Valoare totală revizie precedentă (lei)	influențe +/- (lei)	Valoare totală actualizată (lei)
1	2	3	4	5	6	7 = 5 + 6
TOTAL	X	X	X			

rămâne în sumă de lei, conform fundamentării aprobate într-o revizuire anterioară a prezentului document de fundamentare.

5. Angajamente legale:

niciun angajament legal nu a fost emis și în anul curent nu se anticipează emiterea niciunui angajament legal până la finele anului/până la identificarea de resurse suplimentare;

în anul curent se anticipează emiterea a cel puțin unui angajament legal/au fost emise angajamente legale/se înregistrează creșteri ale valorii angajamentelor legale emise în anii precedenți. În ceea ce privește plățile, intenția este de a:

se stinge în anul curent toate obligațiile de plată;

nu se efectua plăți în anul curent, planificarea acestora fiind cea din tabelul de mai jos:

se efectua plăți timp de mai mulți ani bugetari, planificarea acestora fiind cea din tabelul de mai jos:

Program	Cod SSI	Plăți ani precedenți (lei)	Plăți estimate an curent (lei)	Plăți estimate an n + 1 (lei)	Plăți estimate an n + 2 (lei)	Plăți estimate an n + 3 (lei)	Plăți estimate ani ulteriori (lei)
TOTAL							

angajamentele legale se vor emite în contul anului următor.

În baza celor prezentate la secțiunea A, avizăm în calitate de compartiment de specialitate.

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Alte avize

.....
(semnătură electronică/semnături electronice/semnătură/semnături)

Secțiunea B: Situația evidențiată în sistemul de control al angajamentelor

Propunerile de la secțiunea A au fost înregistrate în sistemul de control al angajamentelor după cum urmează:

Cod angajament	Indicator angajament	Program	Cod SSI	Sumă rezervată din credite de angajament pentru anul curent aferentă reviziei precedente (lei)	Influențe +/-	Sumă rezervată din credite de angajament pentru anul curent actualizată (lei)	Sumă rezervată din credite bugetare pentru anul curent aferentă reviziei precedente (lei)	Influențe +/-	Sumă rezervată din credite bugetare pentru anul curent actualizată (lei)
1	2	3	4	5	6	7 = 5 + 6	8	9	10 = 8 + 9
TOTAL									

Captura de imagine/imagini din sistemul de control al angajamentelor bugetare este redată în rubrica de mai jos sau ca anexă la documentul de fundamentare.

Nu s-au rezervat în sistemul de control al angajamentelor credite de angajament în cuantum de lei, respectiv credite bugetare în cuantum de lei:

întrucât creditele de angajament și/sau creditele bugetare sunt insuficiente. Din acest motiv este interzisă emiterea de noi angajamente legale din inițiativa instituției publice la codul SSI și programul la care creditele de angajament și/sau bugetare sunt insuficiente;

întrucât:

În calitate de persoană nominalizată pentru a avea acces la sistemul de control al angajamentelor, răspund pentru corectitudinea informațiilor de la secțiunea B.

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Verificat/Avizat

.....
(semnătură electronică/semnături electronice/semnătură/semnături)

Aprob cele prevăzute în prezentul document.
Ordonator de credite,

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Instrucțiuni de utilizare și completare a documentului de fundamentare

1. Rubrica „Instituția publică” se completează cu denumirea instituției publice sau acronimul acesteia.

2. Rubrica „Codul de identificare fiscală” se completează cu codul de identificare fiscală al instituției publice.

3. Instituția publică poate atribui un subtitlu documentului (referat de necesitate, notă, notă de fundamentare, notă de fundamentare privind necesitatea și oportunitatea efectuării cheltuielilor asimilate investițiilor etc.) în funcție de necesitățile interne sau de prevederile legale aflate în vigoare.

4. Rubrica „Număr unic de înregistrare” se completează cu un cod alfanumeric asociat documentului de fundamentare, care se păstrează pe toată durata procesului de execuție bugetară (angajare, lichidare, ordonanțare, plată). Numărul unic de înregistrare rămâne nemodificat în caz de revizuire a documentului de fundamentare, indiferent de anul în care are loc revizuirea.

5. În rubrica „Revizuirea” se înscrie numărul revizuirii, în ordine crescătoare. În cazul documentului de fundamentare inițial se înscrie „Revizuirea 0”.

6. În cazul selectării opțiunii conform căreia documentul de fundamentare „se referă la angajamente legale care se emit ca urmare a unei obligații legale sau de către un terț”, documentul de fundamentare nu va mai purta semnătura ordonatorului de credite. Răspunderea pentru selectarea acestei opțiuni o poartă

persoana din compartimentul de specialitate care avizează secțiunea A a documentului de fundamentare.

7. Rubrica „Compartiment de specialitate” se completează cu denumirea compartimentului de specialitate care inițiază documentul. Revizuirea 0 este inițiată de compartimentul de specialitate care propune efectuarea cheltuielii și oferă fundamentarea pentru luarea deciziei de către ordonatorul de credite. Revizuirile ulterioare pot fi elaborate și de alte compartimente de specialitate în vederea reflectării fidele a stării de fapt, îndeosebi în ceea ce privește elementele asupra cărora compartimentul de specialitate care a inițiat revizuirea 0 nu deține informații (modificare în timp a cursului de schimb valutar, valoare rezultată în urma achiziției publice etc.).

8. Rubrica „Descrierea pe scurt a obiectului documentului de fundamentare/Motivul revizuirii” se completează la revizuirea 0 cu prezentarea în câteva cuvinte a obiectului documentului de fundamentare. La revizuirile ulterioare se completează cu motivul revizuirii.

9. Rubrica „Descrierea pe larg a stării de fapt și de drept” se completează cu informații care oferă contextul legislativ și argumentele care au stat la baza propunerii de utilizare de fonduri publice. Aceste informații oferite de compartimentul de specialitate vor sprijini ordonatorul de credite în vederea luării unei decizii referitoare la propunerea respectivă. În cazul

revizuirilor se vor menționa cauzele pentru care se operează revizuirea și modificările propuse față de versiunea anterioară/versiunile anterioare. În situația prevăzută la art. 12 alin. (8) din normele metodologice, în această rubrică se vor menționa numărul și data documentelor care conțin unele dintre informațiile prevăzute la art. 12 alin. (2) din normele metodologice.

10. Rubricile de la pct. 4 „Valoarea angajamentelor legale” — în cazul în care se selectează prima opțiune, se completează tabelul cu informații pentru fiecare categorie de cheltuieli în parte. În cazul revizuirilor în care elementele de fundamentare nu se modifică, se selectează și se completează opțiunea a doua. Coloana „Parametrii de fundamentare” se completează opțional, instituțiile publice putând înscrie informații detaliate despre valoarea unitară, unitatea de măsură, moneda, cursul de schimb, cota de TVA, CPV etc.

11. În rubricile de la pct. 5 „Angajamente legale” se selectează una dintre opțiunile prezentate. În cazul primei opțiuni nu se mai completează secțiunea B a documentului de fundamentare. În cazul celei de-a doua opțiuni, dacă se selectează stingerea în anul curent a tuturor obligațiilor prin plată, nu mai este necesară completarea tabelului cu planificarea pe ani a plăților. Selectarea celei de-a treia opțiuni presupune situația în care inițierea demersurilor pentru angajarea cheltuielilor în anul bugetar următor ar fi tardivă și ar afecta continuitatea activității instituției publice.

12. Rubrica destinată avizării informațiilor din secțiunea A se semnează de una sau mai multe persoane din compartimentul de specialitate stabilite prin procedurile interne ale instituției publice. Rubrica „Alte avize” este opțională. Această rubrică se semnează de către alte persoane din cadrul instituției publice implicate în procesul de avizare a secțiunii A, în măsura în care ordonatorul de credite consideră necesar, cu respectarea procedurilor interne ale instituției publice.

13. În rubricile din secțiunea B „Situația evidențiată în sistemul de control al angajamentelor” se pot selecta una sau ambele opțiuni. În cazul în care se selectează prima opțiune, tabelul se completează pe baza situației preluate din sistemul de control al angajamentelor imediat ce au fost introduse/actualizate informațiile în platformă și se pot atașa sau

anexa opțional capturi de imagini. În cazul în care se selectează a doua opțiune, se înscrie cuantumul creditelor de angajament și/sau creditelor bugetare care nu au fost rezervate și fie se bifează faptul că acestea sunt insuficiente, fie se bifează și se precizează un alt motiv pentru care nu s-a putut efectua rezervarea integrală. Valoarea totală a angajamentelor legale, așa cum reiese de la punctul 4 al secțiunii A (din totalul tabelului de la prima opțiune sau din textul celei de-a doua opțiuni, după caz), trebuie să fie egală cu:

a) totalul creditelor de angajament menționate în secțiunea B (totalul sumelor rezervate din credite de angajament pentru anul curent menționate la prima opțiune, la care se adaugă eventualele credite de angajament care nu au fost rezervate conform celei de-a doua opțiuni);

b) totalul creditelor bugetare menționate în secțiunea B (totalul sumelor rezervate din credite bugetare pentru anul curent menționate la prima opțiune, la care se adaugă eventualele credite bugetare care nu au fost rezervate conform celei de-a doua opțiuni).

14. Rubrica „În calitate de persoană nominalizată pentru a avea acces la sistemul de control al angajamentelor, răspund pentru corectitudinea informațiilor de la secțiunea B” se semnează de persoana care are acces la sistemul de control al angajamentelor.

15. Rubrica „Verificat/Avizat” este opțională; se semnează de altă persoană din cadrul instituției publice implicată pe fluxul de întocmire, verificare, avizare, numai pentru secțiunea B și numai dacă ordonatorul de credite consideră necesar, cu respectarea procedurilor interne ale instituției publice.

16. Rubrica destinată aprobării de către ordonatorul de credite se semnează de acesta sau de persoana căreia i s-au delegat astfel de atribuții. Prin semnătură se aprobă ambele secțiuni ale documentului.

17. În rubricile destinate avizelor și aprobărilor se semnează cu semnătură electronică. În perioada în care este permisă elaborarea documentului de fundamentare pe suport hârtie și acesta se semnează cu semnătură olografă, în dreptul avizelor și aprobărilor se menționează numele persoanei, funcția și data.

Instituția publică:
Cod de identificare fiscală:

ANEXA Nr. 2
(Anexa nr. 2 la normele metodologice)

ORDONANȚARE DE PLATĂ nr. /data

Număr unic de înregistrare al documentului de fundamentare

Cod angajament/Indicator de angajament/Program/Cod SSI	Recepții (lei)	Plăți anterioare (lei)	Sumă ordonanțată la plată (lei)	Recepții neplătite (lei)
1	2	3	4	5 = (col. 2) – (col. 3) – (col. 4)
TOTAL				

Captura de imagine/imagini din sistemul de control al angajamentelor bugetare este redată în rubrica de mai jos sau ca anexă la ordonanțarea de plată.

Beneficiar:

Documente justificative:

Cod de identificare fiscală beneficiar:

Cod IBAN beneficiar:

Cont deschis la:

Informații privind plata:

Compartiment de specialitate,

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Controlor financiar preventiv propriu,

.....
(semnătură electronică/semnătură)

*În calitate de persoană nominalizată
pentru a avea acces la sistemul de control al angajamentelor,
răspund pentru corectitudinea informațiilor din col. 1, 2, 3 și 5.*

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Controlor financiar preventiv delegat,

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Aprob cele prevăzute în prezentul document.
Ordonator de credite,

.....
(semnătură electronică/semnătură)

Instrucțiuni de utilizare și completare a ordonanțării de plată

1. Rubrica „Instituția publică” se completează cu denumirea instituției publice sau acronimul acesteia.

2. Rubrica „Cod de identificare fiscală” se completează cu codul de identificare fiscală al instituției publice.

3. Rubrica „nr. /data” se completează de compartimentul de specialitate cu numărul alocat fiecărei ordonanțări de plată și se datează în ziua în care a fost inițiat documentul.

4. Rubrica „Număr unic de înregistrare al documentului de fundamentare” se completează cu numărul unic de înregistrare al documentului de fundamentare prin care a fost aprobată efectuarea cheltuielii.

5. Rubrica „Cod angajament/Indicator de angajament/Program/Cod SSI” se completează cu informațiile înscrise în rubricile corespunzătoare din secțiunea B a documentului de fundamentare.

6. Rubrica „Recepții (lei)” se completează cu totalul recepțiilor din sistemul de control al angajamentelor aferente fiecărui indicator din col. 1.

7. Rubrica „Plăți anterioare (lei)” se completează cu totalul plăților din sistemul de control al angajamentelor, aferente fiecărui indicator din col. 1. La înscrierea informațiilor în col. 3 nu se va ține cont de cheltuielile care au fost angajate, lichidate și ordonanțate anterior și care nu au apărut decontate în extrasul de cont la momentul întocmirii formularului „Ordonanțare de plată”.

8. Rubrica „Sumă ordonanțată la plată (lei)” se completează cu suma ce urmează a fi plătită din contul de cheltuieli bugetare deschis la Trezoreria Statului sau cont bancar în lei (în cazul în care legea permite o astfel de plată). Prin excepție, pentru plățile inițiate din cont bancar în valută, valoarea plății va fi menționată în echivalent lei.

9. Rubrica „Recepții neplătite (lei)” se completează cu suma care se calculează conform formulei și nu poate prezenta valoare negativă.

Rubrica „Captura de imagine/imagini din sistemul de control al angajamentelor bugetare este redată în rubrica de mai jos sau ca anexă la ordonanțarea de plată.” cuprinde captura de imagine/capturile de imagini care să permită verificarea preluării corecte a datelor din sistemul de control al angajamentelor în bel. Redarea sau anexarea capturilor de imagini din sistemul de control al angajamentelor bugetare este opțională.

10. Rubrica „Beneficiar” se completează cu denumirea beneficiarului plății care se efectuează din contul instituției publice. În situația viramentelor din conturi deschise la Trezoreria Statului în conturi deschise la instituții de credit pentru alimentarea conturilor colectoare (de salarii, pentru drepturi sociale etc.) sau pentru achiziția de valută, se înscrie denumirea instituției publice.

11. Rubrica „Cod de identificare fiscală beneficiar” se completează cu codul de identificare fiscală al titularului contului în care se face viramentul din contul de cheltuieli bugetare sau contul bancar căruia îi este asociat un cod de indicator de cheltuieli. Acest titular poate fi beneficiarul sumei sau instituția publică însăși (în cazul în care pentru stingerea obligațiilor de plată va fi nevoie de alte operațiuni menționate la rubrica „Informații privind plata”).

12. În rubricile „Cod IBAN beneficiar” și „Cont deschis la” se completează cu codul IBAN în care se face plata, respectiv unitatea Trezoreriei Statului sau instituția de credit unde este deschis contul titularului menționat la pct. 11. În cazul în care se face retragere de numerar din cont, rubricile nu se completează.

13. În Rubrica „Informații privind plata” se completează informații relevante care vor putea fi utilizate la completarea rubricii „Reprezentând” din ordinul de plată.

În situația retragerii de numerar din cont se menționează că plata urmează să fie efectuată prin casierie.

În situația în care plata trebuie să se efectueze într-o anumită dată, acest lucru se va menționa la această rubrică.

În situația în care obligațiile către terți sunt achitate prin debitarea de către aceștia a conturilor instituției publice, fără întocmirea de către aceasta a unui ordin de plată, în această rubrică se înscrie „Cont debitat în data de, conform extras de cont”.

În situația în care beneficiarul este însăși instituția publică, în această rubrică se va menționa, după caz, faptul că suma va fi utilizată în scopul:

a) unui virament ulterior din acest cont într-un alt cont deschis pe numele beneficiarului menționat în angajamentul legal (consemnându-se numele beneficiarului, codul IBAN al contului acestuia, banca la care este deschis contul și valoarea plății, așa cum este aceasta avizată prin „Bun de plată”);

b) retragerii de valută în numerar pentru plata unor obligații către beneficiarul menționat în angajamentul legal (consemnându-se numele beneficiarului și valoarea plății, așa cum este aceasta avizată prin „Bun de plată”).

14. În cazul în care se efectuează o restituire de sumă, într-un cont al instituției publice deschis la Trezoreria Statului, este necesară emiterea unei noi ordonanțări de plată, care se completează cu aceleași informații din ordonanțarea de plată inițială, cu următoarele excepții:

a) în col. 4 din tabel se înscrie suma restituită cu semnul minus;

b) col. 2 și 3 din tabel se completează cu informațiile din sistemul de control al angajamentelor și se poate atașa sau anexa opțional captura de imagine corespunzătoare; suma din col. 5 din tabel se va calcula potrivit formulei;

c) rubricile „Cod IBAN beneficiar” și „Cont deschis la” se completează cu informații privind contul deschis la Trezoreria Statului în care se restituie sumele;

d) rubrica „Documente justificative” nu se completează;

e) rubrica „Informații privind plata” se completează cu detalii privind justificarea restituirii și determinarea cuantumului sumei care se restituie.

15. În cazul în care se efectuează mai multe plăți corespunzătoare unor documente de fundamentare diferite, se poate întocmi o singură ordonanțare de plată, secțiunea cu

detaliile privind plata (numărul unic de înregistrare al documentului de fundamentare, tabelul de evidență, detaliile privind beneficiarul, lista documentelor justificative, informațiile privind plata) replicându-se pentru fiecare document de fundamentare.

16. Rubrica „Compartiment de specialitate” se completează cu denumirea compartimentului de specialitate care inițiază documentul și se semnează de persoana din cadrul compartimentului de specialitate, stabilită prin procedurile interne ale instituției publice.

17. Rubrica „În calitate de persoană nominalizată pentru a avea acces la sistemul de control al angajamentelor, răspund pentru corectitudinea informațiilor din col. 1, 2, 3 și 5.” se semnează de persoana care are acces la sistemul de control al angajamentelor.

18. Rubricile destinate vizelor de control financiar preventiv se semnează de persoanele cu astfel de atribuții.

19. Rubrica destinată aprobării de către ordonatorul de credite se semnează de acesta sau de persoana căreia i s-au delegat astfel de atribuții.

20. În rubricile destinate avizelor și aprobărilor se semnează cu semnătură electronică. În perioada în care este permisă elaborarea ordonanțării de plată pe suport hârtie și acesta se semnează cu semnătură olografă, în dreptul avizelor și aprobărilor se menționează numele persoanei, funcția și data.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 2.140 din 22 decembrie 2025

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 1.943 din 15 decembrie 2025

ORDIN

pentru completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 735/976/2018 privind modelul de contract, metodologia de negociere, încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a contractelor de tip cost-volum/cost-volum-rezultat

Având în vedere:

— Referatul de aprobare al Ministerului Sănătății nr. 2.140R din 22.12.2025 și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 10.213 din 11.12.2025;

— Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — După articolul 11 din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 735/976/2018 privind modelul de contract, metodologia de negociere, încheiere și monitorizare a modului de implementare și derulare a contractelor de tip cost-volum/cost-volum-rezultat, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 487 din 13 iunie 2018, cu modificările și completările ulterioare, se introduce un nou articol, art. 11¹, cu următorul cuprins:

„Art. 11¹. — Pentru punerea în aplicare a dispozițiilor art. 19 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările

ulterioare, notificările privind cuantumul contribuției trimestriale emise de CNAS conform pct. 4.4 din contractul cost-volum al cărui model este prevăzut în anexa nr. 1, aferente trimestrului IV al anului 2025 și până în trimestrul IV al anului 2026 inclusiv, cuprind și cuantumul contribuției trimestriale temporare de solidaritate datorată de către deținătorii de autorizații de punere pe piață a medicamentelor prevăzuți la art. 12 alin. (3) din aceeași ordonanță.”

Art. II. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Alexandru-Florin Rogobete

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Horățiu-Remus Moldovan

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

În temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății; cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere:
- Legea nr. 163/2025 privind modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare;
- Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Referatul de aprobare nr. 2.339R din 30.12.2025 al Ministerului Sănătății și nr. DG 10.634 din 24.12.2025 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 și 484 bis din 31 mai 2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la litera B punctul 1.2.3.2, litera b de la nota 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste:

- hemoleucogramă completă;
- proteina C reactivă;
- glicemie a jeun;
- colesterol seric total;
- LDL colesterol;
- creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată — RFGe;
- TGO;
- TGP;
- determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU);
- examen microscopic al secreției vaginale la femeile active sexual;
- testare HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;
- test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor sulte în materiile fecale, pentru femei și bărbați, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 74 de ani inclusiv, o dată

la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;

— pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani inclusiv, ecografie de sân și mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;

— pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătății;

— TSH și FT4 la femei;

— pentru bărbați, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani.”

2. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a), punctul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„3. Programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână. În situația în care, pentru accesul persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicită majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu până la două ore zilnic și/sau modificarea raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se încheie act adițional la contract. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puțin o oră pe zi.

Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajat/angajați al/ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 5 ore pe săptămână în norma de bază sau

peste norma de bază a cabinetului, fără ca numărul de ore de program de la punctul de lucru să îl depășească pe cel corespunzător normei de bază.”

3. În anexa nr. 2, la articolul 6, după alineatul (4) se introduc patru noi alineate, alin. (5)-(8), cu următorul cuprins:

„(5) Fondul aprobat pentru anul 2026 aferent asistenței medicale primare are următoarea structură la nivel național, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct «per capita» și a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata «per capita» pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli de medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 3;

2.2. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%;

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și sumele prevăzute la pct. 1-3;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

a) 25% pentru plata per capita;

b) 75% pentru plata pe serviciu medical.

(6) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2025 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2026 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții, și plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Începând cu anul 2027, fondul aprobat anual pentru asistența medicală primară are următoarea structură la nivel național, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct «per capita» și a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata «per capita» pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6.500 puncte/an și se ajustează în raport cu gradul profesional și cu condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli de medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 3;

2.2. pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%;

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1-3;

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

a) 20% pentru plata per capita;

b) 80% pentru plata pe serviciu medical.

(8) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul precedent se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul curent și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările și completările ulterioare, precum și a sumelor destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza unei convenții, și plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate.”

4. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (12) se introduce un nou alineat, alin. (13), cu următorul cuprins:

„(13) Pentru anul 2026, valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 8,2 lei.”

5. În anexa nr. 2, la articolul 7, după alineatul (2²) se introduce un nou alineat, alin. (2³), cu următorul cuprins:

„(2³) Pentru anul 2026, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic, unică pe țară, este de 10,3 lei.”

6. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 1, după subpunctul 1.4 se introduce un nou subpunct, subpct. 1.4.1, cu următorul cuprins:

„1.4.1. Valoarea garantată a punctului «per capita», unică pe țară, este de 8,2 lei, valabilă pentru anul 2026.”

7. În anexa nr. 3, la articolul 9 punctul 2, după subpunctul 2.3 se introduc două noi subpuncte, subpct. 2.4 și 2.5, cu următorul cuprins:

„2.4. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

2.5. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

8. În anexa nr. 6A, la articolul 9 punctul 1, după subpunctul 1.3 se introduc două noi subpuncte, subpct. 1.4 și 1.5, cu următorul cuprins:

„1.4. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

1.5. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic este unică pe țară și este de 10,3 lei, valabilă pentru anul 2026.

Plata pe serviciu medical diagnostic și terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023, cu modificările și completările ulterioare. Pentru serviciile diagnostice și terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcție de gradul profesional al medicului.”

9. În anexa nr. 8, la articolul 4, după alineatul (3³) se introduce un nou alineat, alin. (3⁴), cu următorul cuprins:

„(3⁴) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este stabilită potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, cu modificările și completările ulterioare.”

16. În anexa nr. 21, punctul I se modifică și va avea următorul cuprins:

„I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate

....., cu sediul în municipiul/orașul,
 CUI, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax,
 adresă de e-mail, reprezentată prin director general,
 și

laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea
 funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

— laboratorul individual

....., str. nr., bl., sc., et., ap.,
 județul/sectorul, telefon fix/mobil, având sediul în municipiul/orașul, CUI, adresă
 de e-mail, fax, reprezentat prin medicul titular

10. În anexa nr. 9, la articolul 9, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alin. (2¹), cu următorul cuprins:

„(2¹) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, unică pe țară, este stabilită potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.”

11. În anexa nr. 15, la articolul 3 alineatul (1), după litera e) se introduce o nouă literă, lit. f), cu următorul cuprins:

„f) în anul 2026, suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025, potrivit prevederilor art. XXXII din Legea nr. 141/2025, cu modificările și completările ulterioare.”

12. În anexa nr. 19, la capitolul II litera A, nota redată după punctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTE:

1. Nu se puntează aparatele pentru care, în compartimentele respective, nu desfășoară activitate într-o formă legală la furnizor, sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cel puțin o persoană cu studii superioare de specialitate.

2. La punctajul alocat pentru capacitatea resurselor tehnice, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale.”

13. În anexa nr. 19, la capitolul II litera C, după punctul 11 se introduce o notă cu următorul cuprins:

„NOTĂ:

La punctajul alocat pentru subcriteriul resurse umane, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale.”

14. În anexa nr. 20, la capitolul II punctul I litera A, după nota 4 se introduce o nouă notă, nota 5, cu următorul cuprins:

„NOTA 5:

La punctajul alocat pentru evaluarea capacității resurselor tehnice, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale.”

15. În anexa nr. 20, la capitolul II punctul I litera B, nota se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTE:

1. Punctajul corespunzător categoriei de personal medico-sanitar se acordă pentru fiecare persoană care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

2. La punctajul alocat pentru evaluarea resurselor umane, pentru furnizorii publici de servicii medicale se acordă un coeficient de ajustare pozitivă de 1,1 față de furnizorii privați de servicii medicale.”

— laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul,
 CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul,
 telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin medicul
 delegat

— societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul,
 CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul,
 telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin administratorul

unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată,
 cu modificările și completările ulterioare,, având sediul în municipiul/orașul, CUI,
 str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil,
 adresă de e-mail, fax, reprezentată prin

unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie,
 având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr.,
 bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail,
 fax, reprezentată prin

laboratorul din centrul de sănătate multifuncțional — unitate fără personalitate juridică și laboratoarele din structura
 spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii
 publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul,
 CUI, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul,
 telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin, în calitate
 de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte,

centrul de diagnostic și tratament/centrul medical/centrul de sănătate multifuncțional — unități medicale cu personalitate
 juridică, având sediul în municipiul/orașul, CUI, str. nr.,
 bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de
 e-mail, fax, reprezentat prin

structura medicală mobilă înființată potrivit prevederilor titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și
 completările ulterioare, din structura spitalului, având sediul în municipiul/orașul, CUI,
 str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil,
 adresă de e-mail, fax, reprezentată prin, în calitate de reprezentant legal al unității
 sanitare din care face parte."

17. În anexa nr. 23, la articolul 4, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condițiile prevederilor hotărârii Guvernului privind aprobarea planului național de paturi și în limita numărului de paturi contractabile aprobat la nivel județean/al municipiului București prin ordin al ministrului sănătății. Până la data de 31 decembrie 2028, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, în limita procentului reprezentat de numărul de paturi contractate cu acești furnizori la data de 31 decembrie 2025 din totalul numărului de paturi contractabile la nivelul fiecărui județ, respectiv al municipiului București.”

18. În anexa nr. 23, la articolul 5 alineatul (1), litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi pe tipuri/cazuri rezolvate și tarifele aferente acestora sunt prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

Numărul maxim de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi ce poate fi contractat se stabilește în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate, durata/vizită stabilită în anexa nr. 22 la ordin, la capitolul I litera B pct. 1, și numărul de paturi de spitalizare de zi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;”

19. În anexa nr. 23, la articolul 9 litera h), punctul 1.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.1. numărul de cazuri/servicii raportate și validate
 Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract pentru spitalizare de zi, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul maxim de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi ce poate fi decontat nu poate depăși numărul de servicii/cazuri rezolvate de spitalizare de zi stabilit potrivit art. 5 alin. (1) lit. g).”

20. În anexa nr. 26, partea introductivă a articolului 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 7. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:”

21. În anexa nr. 26, la articolul 7, după litera ah) se introduce o nouă literă, lit. ai), cu următorul cuprins:

„ai) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și documentele justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale; corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată va avea în vedere întreaga activitate realizată pe toate domeniile de asistență medicală furnizată de unitatea sanitară cu paturi.”

22. În anexa nr. 26, la articolul 10, după alineatul (7) se introduc două noi alineate, alin. (7¹) și (7²), cu următorul cuprins:

„(7¹) În cazul în care, în perioada derulării contractului, structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate constată că, pentru serviciile medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora, nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-au înregistrat aceste situații, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații, și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România, respectiv a colegiilor teritoriale, după caz, în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) la a doua constatare recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia/căruia s-au înregistrat aceste situații, aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații, și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 de luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(7²) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 alin. (1) lit. ai), se sancționează prin recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la valoarea totală de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate, situație în care nu sunt aplicabile prevederile art. 313 lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.”

23. În anexa nr. 26, la articolul 10, alineatele (8), (9) și (11) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(5), (7), (7¹)-(7²) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate

se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(5), (7), (7¹)-(7²) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

.....
(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(5), (7), (7¹)-(7²) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.”

24. În anexa nr. 26, la articolul 10, după alineatul (11) se introduc trei noi alineate, alin. (12)-(14), cu următorul cuprins:

„(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(5), (7), (7¹)-(7²), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.

(13) În situația în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi-consumabile achiziționate conform facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

(14) În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (7¹), acesta nu poate desfășura activitate sub incidența unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la niciun furnizor de servicii medicale.”

25. În anexa nr. 50, articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — (1) Decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se efectuează la nivelul realizat, prin încheiere de acte

adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale, dacă a fost depășit nivelul contractat, pentru:

- a) pacienții înscrși în programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscrși în program;
- b) pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA;
- c) persoanele asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică;
- d) persoanele asigurate și persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice.

(2) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la alin. (1), pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate, furnizorii de servicii medicale spitalicești țin evidențe distincte.

(3) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, cu excepția celor prevăzute la alin. (1), se contractează de unitățile sanitare cu paturi și se decontează cu încadrare în suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi, potrivit dispozițiilor anexei nr. 23 la ordin."

26. În anexa nr. 50, articolul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 5. — (1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, pentru care sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală, se decontează cu încadrarea în valoarea de contract stabilită potrivit dispozițiilor anexelor nr. 19 și 20 la ordin.

(4) Prin excepție de la prevederile alin. (3), sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, pentru efectuarea unei investigații de înaltă performanță și de medicină nucleară, într-un an calendaristic, pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, în cadrul monitorizării."

Ministrul sănătății,
Alexandru-Florin Rogobete

27. Titlul anexei nr. 51 se modifică și va avea următorul cuprins:

**„DISPOZIȚII
pentru punerea în aplicare a prevederilor
art. 224 alin. (13) și (16) din Legea nr. 95/2006
privind reforma în domeniul sănătății”**

28. În anexa nr. 51, partea introductivă a articolului 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate, cu excepția bolnavilor cu afecțiuni oncologice beneficiari ai programelor naționale de sănătate și a bolnavilor înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de următoarele servicii:"

29. În anexa nr. 51, după articolul 1 se introduce un nou articol, art. 11, cu următorul cuprins:

„Art. 11. — Bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri din cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de pachetul de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare a acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni."

30. În anexa nr. 51, la articolul 2, litera e) se abrogă.

31. În anexa nr. 51, la articolul 3 alineatul (1) litera a), punctele 6 și 7 se abrogă.

32. În anexa nr. 51, la articolul 4 alineatul (1), literele q) și r) se abrogă.

33. În anexa nr. 51, la articolul 4, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Pentru a beneficia de serviciile prevăzute la alin. (1) lit. a)-p), persoanele prevăzute la art. 1 se pot prezenta direct la unitatea sanitară cu paturi, fără a fi necesară prezentarea biletului de internare."

Art. II. — Prevederile art. I pct. 12-15 și 18-33 intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026.

Art. III. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Cristian-Georgică Celea

ACTE ALE CAMEREI CONSULTANȚILOR FISCALI

CAMERA CONSULTANȚILOR FISCALI

HOTĂRÂRE**pentru modificarea Hotărârii Consiliului superior al Camerei Consultanților Fiscali nr. 14/2021 privind aprobarea cotizațiilor, a termenelor de plată și a obligațiilor declarative pentru membrii Camerei Consultanților Fiscali**

În temeiul prevederilor art. 8 alin. (7), art. 10 alin. (2), art. 13 lit. b) și f), precum și ale art. 25 din Ordonanța Guvernului nr. 71/2001 privind organizarea și exercitarea activității de consultanță fiscală, aprobată cu modificări prin Legea nr. 198/2002, cu modificările și completările ulterioare,

având în vedere prevederile art. 37 alin. (1) lit. h) și ale art. 52 alin. (1) lit. b) și c) și alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare al Camerei Consultanților Fiscali, aprobat prin Hotărârea Consiliului superior al Camerei Consultanților Fiscali nr. 3/2022, cu modificările și completările ulterioare,

Consiliul superior al Camerei Consultanților Fiscali, întrunit în ședința din 17 decembrie 2025, hotărăște:

Art. I. — Hotărârea Consiliului superior al Camerei Consultanților Fiscali nr. 14/2021 privind aprobarea cotizațiilor, a termenelor de plată și a obligațiilor declarative pentru membrii Camerei Consultanților Fiscali, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1230 din 27 decembrie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La articolul 1, alineatul (3) se abrogă.

2. La articolul 1, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) În cazul renunțării la calitatea de membru al Camerei Consultanților Fiscali, cotizația fixă se calculează inclusiv pentru luna în care sunt îndeplinite condițiile de renunțare.”

3. La articolul 1, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) În cazul retragerii calității de membru al Camerei Consultanților Fiscali, cotizația fixă se calculează inclusiv pentru luna în care s-a emis decizia de retragere a calității de membru.”

4. La articolul 1, alineatul (5¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5¹) Termenul de plată pentru cotizația fixă datorată conform prevederilor alin. (5) este de 30 de zile de la data comunicării deciziei de radieră din Registrul consultanților fiscali și al societăților de consultanță fiscală.”

5. La articolul 1, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(6) În cazul retragerii calității de membru, ca urmare a decesului persoanei fizice sau a dizolvării persoanei juridice și a radierii acesteia din registrul comerțului, toate obligațiile acestor persoane fizice sau juridice, existente în evidențele Camerei Consultanților Fiscali, se anulează prin decizie a directorului executiv, indiferent de data operării radierii în

Registrul consultanților fiscali și al societăților de consultanță fiscală, pe baza informațiilor cunoscute.”

6. La articolul 7, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) În situația îndeplinirii cumulative a condițiilor prevăzute la alin. (2) la o dată ulterioară datei de 15 martie anul curent, viza anuală se acordă de către Camera Consultanților Fiscali, din oficiu, și se generează de către portalul pus la dispoziția membrilor, începând cu data îndeplinirii condițiilor și până la sfârșitul perioadei de viză.”

7. La articolul 7, alineatul (11) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(11) Camera Consultanților Fiscali asigură, prin intermediul portalului pus la dispoziția membrilor, emiterea și comunicarea vizei anuale electronice de liberă practică pentru membrii activi — persoane fizice și juridice — care îndeplinesc condițiile prevăzute de prezentele norme.”

8. La articolul 9, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 9. — (1) Declarațiile prevăzute la art. 3 se completează și se depun exclusiv online prin intermediul portalului pus la dispoziția membrilor.”

9. La articolul 9, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), în cazul în care depunerea online a declarațiilor, prin intermediul portalului, nu poate fi realizată până la termenul de depunere, din motive tehnice constatate de către Camera Consultanților Fiscali și comunicate oficial pe site-ul acesteia, termenul de depunere a declarațiilor poate fi prorogată la o dată ulterioară prin ordin emis de președintele Camerei Consultanților Fiscali.”

Art. II. — Prezenta hotărâre se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data publicării.

Președintele Camerei Consultanților Fiscali,
Dan Manolescu

București, 22 decembrie 2025.
Nr. 12.

RECTIFICĂRI

În anexa la Ordinul președintelui Autorității Vamale Române nr. 3.400/2025 pentru aprobarea Normelor tehnice privind autorizarea utilizării garanției globale și a exonerării de garanție în legătură cu două sau mai multe operațiuni, declarații sau regimuri vamale, cu excepția regimului de tranzit unional/comun, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1184 din 22 decembrie 2025, se fac următoarele rectificări:

— la art. 7 alin. (4) lit. h) pct. (iii), în loc de: „(iii) ... într-o procedură penală ori pe rol, ...” se va citi: „(iii) ... într-o procedură penală pe rol ...”;

— la art. 9 alin. (4), în loc de: „... Regulamentul de punere în aplicare (UE) 2015/2.447 ...” se va citi: „... Regulamentul delegat (UE) 2015/2.446 ...”.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Relații cu publicul: șos. Panduri nr. 1, bloc P33, sectorul 5, București; 050651.
Tel. 021.401.00.73, 021.401.00.78/79/83.

Pentru publicări, încărcări actele pe site, la: <https://www.monitoruloficial.ro>, secțiunea Publicări.

