**ANEXA 45**

Denumirea furnizorului…………………………………………

Sediul social/Adresa fiscala ……………………………………

Cod fiscal…………………………………………………………………

Telefon cabinet……………………………….......................

***DECLARATIE DE PROGRAM***

***pentru asistenta medicala primara \*\*)***

Subsemnatul(a) ………………………………………B.I/C.I seria …… nr. ……...în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurari de Sănătate ILFOV se desfășoară astfel :

1. Nume şi prenume asistent medical ………………………………………………….CNP……………………..……….…

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Program(interval orar) | luni | marţi | miercuri | joi | vineri | sâmbătă | duminica | Total ore |
| Cabinet |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teren |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adresa:........................................................................................

2. Nume şi prenume asistent medical ………………………………………………….CNP……………………..……….…

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Program(interval orar) | luni | marţi | miercuri | joi | vineri | sâmbătă | duminica | Total ore |
| Cabinet |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teren |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adresa:........................................................................................

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent

 Data **Reprezentant legal**

.................. ……………………