**DECLARATIE – PROGRAM MEDIC/ASISTENT(Ă)**

Subsemnatul (a) …………………………………………………………………………………………………, medic ……………………………………………………………………., cod parafa:……………………………., CNP:……………………………………………………………………..grad profesional………………...……, legitimat (a) cu C.I./ seria …….…………. Nr. …………………………………..cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca in ambulatoriul de specialitate / ambulatoriul de specialitate integrat / in cadrul

1) **Furnizorului de servicii medicale**:……………………………………………………………. ……………………adresa punctului de lucru in …………………………., str…………..……………………………………………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………,

**am urmatorul program:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONSULTATII** | **ORAR DE LA….** | **LA** | **NR.ORE/ PE ZI** |
| LUNI |  |  |  |
| MARTI |  |  |  |
| MIERCURI |  |  |  |
| JOI |  |  |  |
| VINERI |  |  |  |
| SAMBATA |  |  |  |
| DUMINICA |  |  |  |
| SARBATORI LEGALE |  |  |  |
|  |  | TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ECOGRAFII**  | **ORAR DE LA….** | **LA** | **NR.ORE/ PE ZI** |
| LUNI |  |  |  |
| MARTI |  |  |  |
| MIERCURI |  |  |  |
| JOI |  |  |  |
| VINERI |  |  |  |
| SAMBATA |  |  |  |
| DUMINICA |  |  |  |
| SARBATORI LEGALE |  |  |  |
|  |  | **TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA** |  |

2**) Mentionez ca mai sunt angajat si la Furnizorul de servicii** **medicale**:………………………….………………………………………………………….………….cu adresa punctului de lucru in ……………………, str………………………………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………, **unde am urmatorul program:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONSULTATII** | **ORAR DE LA….** | **LA** | **NR.ORE/ PE ZI** |
| LUNI |  |  |  |
| MARTI |  |  |  |
| MIERCURI |  |  |  |
| JOI |  |  |  |
| VINERI |  |  |  |
| SAMBATA |  |  |  |
| DUMINICA |  |  |  |
| SARBATORI LEGALE |  |  |  |
|  |  | **TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA** |  |

3) **Figurez / Nu figurez** in alte contracte incheiate cu CAS MS;

4) **Figurez / Nu figurez** in alte contracte incheiate cu alte case de asigurari de sanatate;

5) Personalul mediu sanitar cu care lucrez este asist: …………………………………...............

6) Numele medicului cu care lucrez in contratura in cabinet:

………………………………………………………………………………………………………………………..……;

 **Nume Prenume Medic,**

 (semnatura si parafa)

**Data:**