Denumirea furnizorului .....................................................................................................................

Sediul social/Adresa fiscală .............................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

punct de lucru ....................................................

Subsemnatul(a), .......................................................... B.I./C.I. seria ........., nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Mures se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia unde se desfasoara activitatea | Adresa/telefon | Program de lucru in contract cu CAS Mures | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale |
| Sediu social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pentru laboratoarele de analize toata durata programului de lucru sa fie acoperita de medic/biolog, chimist, biochimist medical cu grad de specialist pentru cel putin 7 ore

Data Reprezentant legal

…………….. (semnătura şi ştampila)