

Denumirea furnizorului :

Sediul social:, telefon.....

Punct de lucru , telefon.....

CUI.....

e-mail

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul (a),

B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Mureș se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa / telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate **							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sămbătă	Duminică	Număr total ore
Sediul social Lucreativ Cabinet teren									
Punct de lucru/punct secundar de lucru *) Cabinet teren									

* se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

** pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data

Reprezentant legal ,
(semnatura electronică)

.....

.....