

Denumirea furnizorului.....

Sediul social/Adresa fiscala

Cod fiscal.....

Telefon cabinet.....

DECLARATIE DE PROGRAM
pentru asistență medicală primară

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 Asigurari de Sănătate Mureș se desfășoară astfel :

1. Nume și prenume medic titular MFCNP.....

specialitatea grad profesional cod parafă

Program(interval orar)	luni	marți	miercuri	joi	vineri	sâmbătă	duminica	Total ore
Cabinet								
Teren								
Punct de lucru								

Semnatura si parafa.....

2.Nume și prenume medic angajat..... CNP.....

specialitatea grad profesional cod parafă

Program(interval orar)	luni	marți	miercuri	joi	vineri	sâmbătă	duminic a	Total ore
Cabinet								
Teren								
Punct de lucru								

Semnatura si parafa.....

2. Nume și prenume asistent medical CNP.....

Program(interval orar)	luni	marți	miercuri	joi	vineri	sâmbătă	duminic a	Total ore
Cabinet								
Teren								
Punct de lucru								

Data.....

Reprezentant legal

Nume și prenume

Semnătura

Nume și prenume asistent medical CNP.....

Program(interval orar)	luni	marți	miercuri	joi	vineri	sâmbătă	duminic a	Total ore
Cabinet								
Teren								
Punct de lucru								

Data.....

Reprezentant legal

Nume și prenume

Semnătura

DECLARAȚIE PROGRAM DE ACTIVITATE MEDIC

Subsemnatul, Dr.....medic pECIALIST/primar
 cu competență..... CNP.....cod parafă
 domiciliat în..... posesor al B.I/C.I seria.....nr.....
 sub sancțiunea faptelor prevăzute și pedepsite la art 292 din Codul penal privitoare la declarațiile nesincere date
 în fața autorităților de stat și publice, precum și la art 291 și 215 din Codul penal privind infracțiunile de fals, uz de
 fals și înșelăciune, declar pe proprie răspundere următoarele:

Desfășor activitate în următoarele locuri de muncă

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Programul meu de activitate la locurile de muncă sus menționate este următorul:

Denumire loc de muncă	Contract cu CAS DA/NU	Luni Cabinet /teren	Marți Cabinet /teren	Miercuri Cabinet/ter en	Joi Cabinet/t eren	Vineri Cabinet/t eren	Sâmbătă Cabinet/te ren	Duminica Cabinet/tere n

Numele medicului cu care lucrez în contratarea:.....

Declarația se depune la CAS Mures **în original**, la contractare și ori de câte ori apar modificări ale datelor
 menționate în el.

Întocmit azi.....

Semnătura și parafa

DECLARAȚIE PROGRAM DE ACTIVITATE PERSONAL MEDIU SANITAR

Subsemnatul,..... CNP..... domiciliat în.....
posesor al B.I./C.I seria.....nr..... sub sancțiunea faptelor prevăzute și pedepsite la art 292 din Codul penal privitoare la declarațiile nesincere date în fața autorităților de stat și publice, precum și la art 291 și 215 din Codul penal privind infracțiunile de fals, uz de fals și înșelăciune, declar pe proprie răspundere următoarele:

Desfășor activitate în următoarele locuri de muncă

1.....

2.....

3.....

4.....

Programul meu de activitate la locurile de muncă sus menționate este următorul:

Denumire loc de muncă	Contract cu CAS DA/NU	Luni Cabinet /teren	Marți Cabinet /teren	Miercuri Cabinet/ teren	Joi Cabinet/ teren	Vineri Cabinet/ teren	Sâmbătă Cabinet/ teren	Duminică Cabinet/ teren

Declarația se depune la CAS Mures în original, la contractare și ori de câte ori apar modificări ale datelor menționate în el.

Întocmit azi.....

Semnătura