**Punctul nr. 12 furnizori vechi și 21 furnizori noi din OPIS 2016**

**Alaturat va atasa modelele de declaratii solicitate:**

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 ca falsul in declaratii se pedepseşte conform legii, declar pe propria raspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurari de Sănătate Mures se desfasoară astfel :

 1. Nume şi prenume medic titular MF ………………………………………………….CNP……………………..……….…

 specialitatea …………….……. grad profesional ………. cod parafă ……………

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

Semnatura si parafa……………………

 2.Nume şi prenume medic angajat………………………………………………….… CNP……………………..………. ............

 specialitatea …………….……. grad profesional ………. cod parafă ……………

 )

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

 Semnatura si parafa……………………

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

 )

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

Data.......................... Reprezentant legal

 (semnatura si stampila)

DECLARAŢIE PROGRAM DE ACTIVITATE MEDIC

# Subsemnatul,Dr........................................................................................................medic specialist/primar.................................cu competenţă.................................... CNP.................................................cod parafă........................................ domiciliat în....................................... posesor al B.I/C.I seria............nr.....................

sub sancţiunea faptelor prevăzute şi pedepsite la art 292 din Codul penal privitoare la declaraţiile nesincere date în faţa autorităţilor de stat şi publice, precum şi la art 291 şi 215 din Codul penal privind infracţiunile de fals, uz de fals şi înşelăciune, declar pe proprie răspundere următoarele:

Desfăşor activitate în următoarele locuri de muncă

1...........................................................................................................................

2...........................................................................................................................

3...........................................................................................................................

4...........................................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denumire loc de muncă | Contract cu CASDA/NU | LuniCabinet/teren | MarţiCabinet/teren | MiercuriCabinet/teren | JoiCabinet/teren | VineriCabinet/teren | SâmbătăCabinet/teren | DuminicaCabinet/teren |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numele medicului cu care lucrez in contratura:.............................................

Declaraţia se depune la CAS Mures **în original,** la contractare şi ori de câte ori apar modificări aledatelor menţionate în el.

### Întocmit azi.................. Semnătura şi parafa

DECLARAŢIE PROGRAM DE ACTIVITATE PERSONAL MEDIU SANITAR

# Subsemnatul,................................... CNP................................................. domiciliat în....................................... posesor al B.I/C.I seria............nr.....................sub sancţiunea faptelor prevăzute şi pedepsite la art 292 din Codul penal privitoare la declaraţiile nesincere date în faţa autorităţilor de stat şi publice, precum şi la art 291 şi 215 din Codul penal privind infracţiunile de fals, uz de fals şi înşelăciune, declar pe proprie răspundere următoarele:

Desfăşor activitate în următoarele locuri de muncă

1...........................................................................................................................

2...........................................................................................................................

3...........................................................................................................................

4...........................................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denumire loc de muncă | Contract cu CASDA/NU | LuniCabinet/teren | MarţiCabinet/teren | MiercuriCabinet/teren | JoiCabinet/teren | VineriCabinet/teren | SâmbătăCabinet/teren | DuminicaCabinet/teren |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Declaraţia se depune la CAS Mures **în original,** la contractare şi ori de câte ori apar modificări aledatelor menţionate în el.

### Întocmit azi.................. Semnătura