**ANEXA 18 C**

 **- model -**

 Furnizor de investigaţii medicale paraclinice de

 radiologie-imagistică medicală ...........................................

 Punct de lucru\*1) ........................................................

**PERSONAL MEDICO-SANITAR**

**MEDICI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Nume și prenume** | **CNP** | **BI/CI** | **Certificat membru CMR/CMDR** | **Asigurare de răspundere civilă** | **Contract\*\*)** | Program de lucru  | Cod parafă | Specialitatea/competența | Specialitatea/Competenţa\*) | Grad profesional |
| Serie și nr. | Data eliberării | Data expirării | Nr. | Valabilă până la | Valoare | Nr. contract | Tip contract |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 \*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

 Total medici =

**OPERATORI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Nume și prenume | CNP | BI/CI | Certificat membru asociație profesională | Contract\*\*) | Program de lucru | Cod parafa (după caz) | Tip de activitate\*\*) |
| Serie și nr. | Data eliberării | Data expirării | Nr. contract | Tip contract |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 \*\*) absolvent colegiu imagistică medicală, bioinginer, fizician

 Total operatori =

**ASISTENŢI MEDICALI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Nume și prenume | CNP | BI/CI | ALP/Certificat membru asociație profesională | Asigurare de răspundere civilă | Contract\*\*) | Program de lucru | Specialitatea/competența |
| Serie și nr. | Data eliberării | Data expirării | Nr. | Valabilă până la | Valoare | Nr. contract | Tip contract |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Total asistenţi medicali =

**PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Nume și prenume | CNP | BI/CI | ALP/Certificat membru asociație profesională | Contract\*\*) | Program de lucru | Cod parafa (după caz) |
| Serie și nr. | Data eliberării | Data expirării | Nr. contract | Tip contract |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

------------

 \*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

 \*\*) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

 Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

 Reprezentant legal .......................................................

 Nume şi prenume, semnătura ..... .........................................

 Data întocmirii ..........................................................