DECLARAȚIE

Subsemnatul ............................................................., CNP ..............................................,

cod parafă ........................, legitimat cu CI seria ......., nr. ................., cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe proprie răspundere că îmi desfășor activitatea în **contractul de furnizare servicii medicale spitalicești** la unitatea sanitară cu paturi

1. ............................................................................................... conform programului:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Luni | Marți | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică |
|  |  |  |  |  |  |  |

* în situația în care medicul acordă servicii medicale spitalicești în cadrul a două spitale se va preciza unitatea sanitară în care mai este în contract cu casa de asigurări de sănătate

............................................................................................... conform programului:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Luni | Marți | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică |
|  |  |  |  |  |  |  |

Totodată declar că desfășor activitate în **ambulatoriu** de specialitate al furnizorului ............................................................................. conform programului:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Luni | Marți | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică |
|  |  |  |  |  |  |  |

Parafa: Data:

 Semnătură medic,