Denumirea furnizorului ...................................................

..........................................................................

Sediul social/Adresa fiscală .............................................

..........................................................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

punct de lucru ....................................................

..........................................................................

Subsemnatul(a), .......................................................... B.I./C.I. seria ........., nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Constanța se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia unde se desfasoara activitatea | Adresa/telefon | Program de lucru in contract cu CASCT ) | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale |
| Sediu social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pentru laboratoarele de analize toata durata programului de lucru sa fie acoperita de medic/biolog, chimist, biochimist medical cu grad de specialist pentru cel putin 7 ore

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent **(distinct pentru laborator analize medicale);**

Data Reprezentant legal

…………….. ..................... (semnătura şi ştampila)