**Denumirea furnizorului de servicii medicale paraclinice** -subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT

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

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 CAS Constanța | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale |
| Sediu social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*) 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.

Data Reprezentant legal

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