Nr......../....................

 CERERE DE CONTRACTARE

Subsemnatul (a).................................................................reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale in asistenta medicala pentru specialitati clinice.........................................................cu sediul in ...........................................................................str...............................................CUI ..............................................telefon ............................adresa de mail .............................................va rog sa binevoiti a aproba incheierea contractului in conformitate cu art.16^1 din Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui CNAS nr. 1929/848/2021 privind unele masuri pentru recrutarea si plata personalului implicat in procesul de vaccinare impotriva COVID-19 si stabilirea unor masuri in domeniul sanatatii , cu modificarile si completarile ulterioare .

1.Activitatile care fac obiectul contractului se realizeaza de catre urmatorii medici specialisti:

a)Medic

Nume ...................prenume ........................

Cod numeric personal .....................................

Cod parafa medic

b)Medic

Nume ...................prenume ........................

Cod numeric personal .....................................

Cod parafa medic

2.Activitatile care fac obiectul contractului se vor desfasura in timpul programului de lucru ce face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate incheiat cu CAS Dambovita precum si/sau in cadrul unui program de lucru suplimentar , astfel:

|  |  |
| --- | --- |
| Ziua /program de lucru\*) | Vaccinarea pacientilor in cabinet de specialitate  |
| Luni  |  |
| Marti  |  |
| Miercuri  |  |
| Joi  |  |
| Vineri  |  |
| Sambata  |  |
| Duminica  |  |

\*)se va mentiona numai programul de lucru , daca este cazul , in afara programului normal de lucru declarat la contract .

Data Semnatura (electronica)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reprezentant legal