ANEXA 44

 **- MODEL -**

 Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

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

 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 ....................... se desfăşoară astfel:

 Semnificaţia coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

 A - Sărbători legale.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|Locaţia unde |Adresa/| Program de lucru în contract cu casa de asigurări |

|se desfăşoară |telefon| de sănătate |

|activitatea | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |Luni|Marţi|Miercuri|Joi|Vineri|Sâmbătă|Duminică| A |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|

|Sediu social | | | | | | | | | |

|lucrativ | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|

|Punct de lucru/| | | | | | | | | |

|punct secundar | | | | | | | | | |

|de lucru\*) | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|

|Domiciliu | | | | | | | | | |

|beneficiari | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|

|Dispecerat | | | | | | | | | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_|

 \*) 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:**

 ......................... nume şi prenume .....................

 semnătura ...........................