Furnizor de servicii medicale............ **ANEXA 4**

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

**SITUATIA PRIVIND LINIILE DE GARDA**

**Anul 2023**

Subsemnatul(a), ...................................................................... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ..........., nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, declar pe propria răspundere că in unitatea sanitara se asigura continuitatea asistentei medicale cu urmatoarele linii de garda, confor legii si clasificarii spitalului, dupa cum urmeaza:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sectie/compartiment** | **Linie de garda(DA/NU)** | **MEDICII CARE ASIGURA LINIA DE GARDA** | **OBSERVATII** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SE VOR ANEXA:**

* **EXTRAS DIN ACTUL NORMATIV CARE REGLEMENTEAZA NUMARUL DE LINII DE GARDA DE LA NIVELUL SPITALULUI FUNCTIE DE TIPUL SI CLASIFICAREA ACESTUIA;**
* **DOCUMENTUL CARE FACE DOVADA INFIINTARII SI FUNCTIONARII LINIILOR DE GARDA**

Data Reprezentant legal

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

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