**DECLARATIE – PROGRAM MEDIC STOMOTOLOG**

*Subsemnatul (a) …………………………………………………………………………………………………, medic ……………………………………………………………………., cod parafa:……………………………., CNP:……………………………………………………………………..grad profesional………………...……, legitimat (a) cu C.I./ seria …….…………. Nr. …………………………………..cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca in cadrul ambulatoriul de specialitate –medicină dentară din cadrul*

*1)* ***Furnizorului de servicii medicale****:……………………………………………………………. ………………………………………………………………………….cu adresa punctului de lucru in Bucuresti, str…………..……………………………………………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………, sector………………….,*

***am urmatorul program:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***CONSULTATII*** | ***ORAR DE LA….*** | ***LA*** | ***NR.ORE/ PE ZI*** |
| *LUNI* |  |  |  |
| *MARTI* |  |  |  |
| *MIERCURI* |  |  |  |
| *JOI* |  |  |  |
| *VINERI* |  |  |  |
| *SAMBATA* |  |  |  |
| *DUMINICA* |  |  |  |
| *SARBATORI LEGALE* |  |  |  |
|  |  | *TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA* |  |

*2****) Mentionez ca mai sunt angajat si la Furnizorul de servicii******medicale****:………………………….………………………………………………………….………….cu adresa punctului de lucru in Bucuresti, str…………..……………………………………………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………, sector………………….,* ***unde am urmatorul program:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***CONSULTATII*** | ***ORAR DE LA….*** | ***LA*** | ***NR.ORE/ PE ZI*** |
| *LUNI* |  |  |  |
| *MARTI* |  |  |  |
| *MIERCURI* |  |  |  |
| *JOI* |  |  |  |
| *VINERI* |  |  |  |
| *SAMBATA* |  |  |  |
| *DUMINICA* |  |  |  |
| *SARBATORI LEGALE* |  |  |  |
|  |  | ***TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA*** |  |

*3)* ***Figurez / Nu figurez*** *in alte contracte incheiate cu CASMB;*

*4)* ***Figurez / Nu figurez*** *in alte contracte incheiate cu alte case de asigurari de sanatate;*

*5) Numele medicului cu care lucrez in contratura in cabinet:*

*………………………………………………………………………………………………………………………..……;*

***Nume Prenume Medic,***

 *(semnatura si parafa)*

***Data:***