# Declaratie - Program

Subsemnatul …………………………………………...., CNP: …………………………, legitimat(a) cu C.I./seria ………. Nr. ……………… , profesia ………………………………………. , grad profesional ……………………………., cunoscând că falsul în declarații se pedepseste conform legii, declar pe propria răspundere ca îmi desfășor activitatea la furnizorul de servicii medicale paraclinice ……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………

în cadrul punctului/punctelor de lucru ………………………………………………………………………………….…, după următorul program:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Total ore/saptamana | În contract cu CASMB (DA/NU) |
| Nr.ore |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Program |  |  |  |  |  |  |  |  |

Declar ca îmi desfășor activitatea și la următoarele unități/furnizori cu următorul program :

1. Unitate/Furnizor …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Total ore/saptamana | In contract cu CASMB (DA/NU) |
| Nr.ore |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Program |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Unitate/Furnizor …………………………………….………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Total ore/saptamana | In contract cu CASMB (DA/NU) |
| Nr.ore |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Program |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Figurez / Nu figurez** în alte contracte încheiate cu alte case de asigurări de sănătate

CAS ……………………………………….

Data : ……./……../…………. Semnatura\*…………………………..

\* semnătura și parafa în cazul personalului medico-sanitar care are atribuită parafa