|  |  |
| --- | --- |
| *Denumirea furnizorului....................................................................................................................................*  *........................................................................................................................................................................*  *CUI/CIF:....................................................; Nr. Of. Reg. Com:......................................................................* | *Sediul social / Adresa fiscala..........................................................................................................................*  *Telefon:..............................................................................................; Fax:...................................................*  *Mobil:..............................................................; E-mail:.......................................................* |

**Declaratie de program**

Subsemnatul (a)……………………………………………, legitimat cu C.I. seria......, nr........................, CNP…………………………………, in calitate de reprezentant legal al ……………………………………………………………………………………….., CUI:…………………. cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii – declar pe propria raspundere ca programul de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti se desfasoara astfel :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia unde se desfasoara activitatea: | Adresa: | Telefon: | E-mail: | Program de lucru in contract cu CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A MUNICIPIULUI BUCURESTI | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale |
| Sediul social lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct  secundar de lucru \*) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Nota:***

***\*)Se va completa in functie de nr. De puncte de lucru ale furnizorului, in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent.***

***Data:………………………. Reprezentant legal ................................................***

***(nume, prenume, semnatura)***