**ANEXA 45**

Denumirea furnizorului ...........................................

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

punct de lucru ..........................................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locaţia unde se desfăşoară activitatea | Adresa/telefon | Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate\*\*) | | | | | | | |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică | Sărbători legale |
| Sediu social lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru/punct secundar de lucru\*) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucra 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.

\*\*) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet şi programul la domiciliu.

|  |  |
| --- | --- |
| Data .................... | Reprezentant legal:  nume şi prenume ....................................  semnătura .............................. |

**Program de activitate medic:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia unde se desfasoara activitatea | Nume Medic  …………….. | Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate \*\*) | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale |
| Sediu social  lucrativ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru/punct secundar de lucru \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Program de lucru asistenti:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia unde se desfasoara activitatea | Nume  asistent | Program de lucru | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale | |
| Sediu social  lucrativ | .……………. |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Punct de lucru/punct secundar de lucru \* | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data .................... | Reprezentant legal:  nume şi prenume ....................................  semnătura .............................. |