

Denumire furnizor

.....

**STRUCTURA DE PERSONAL**

**MEDICI/FARMACISTI**

Nr crt.	Nume si prenume	Contract munca		Certificat		Asigurare malpraxis	Specialitatea	Competente/Atestate	Cod parafa
		Nr contract	Tip contract	Nr.	Data eliberării	Valabilă până la			

\* aviz de practica temporara/ocazionala conform reglementarilor in vigoare pentru medicii straini

**Total medici/farmacisti =**

**ASISTENTE MEDICALE**

Nr Crt.	Nume si prenume	Contract munca		Certificat membru OAMGMAMR		Asigurare malpraxis	Specialitatea
		Nr contract	Tip contract	Nr	Data eliberării	Valabilă până la	

**Total asistente medicale =**

**ALTE CATEGORII DE PERSONAL**

Nr Crt.	Nume si prenume	Contract munca		Certificat membru OBBCSSR/CPR/Certificat BLS*		Asigurare malpraxis	Specialitatea/ Calificarea
		Nr contract	Tip contract	Nr	Data eliberării	Valabilă până la	


\*se va completa daca este cazul

**Total alte categorii de personal =**

**Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor**

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătură, ștampilă

Data întocmirii