

SOLICITARE
DE ÎNCHEIERE ACT ADIȚIONAL LA CONTRACTULUI DE FURNIZARE DE SERVICII
MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ
PENTRU FURNIZAREA DE SERVICII MEDICALE ADIȚIONALE

Subscrisul(a),, Cod fiscal....., prin reprezentant legal....., B.I./C.I. seria, nr. ..., în calitate de furnizor de servicii medicale în asistența medicală primară aflat în relații contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate Iași – conform contractului nr.....,

Cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

Declar pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile de eligibilitate pentru a încheia Actul Adițional pentru furnizarea următoarelor servicii medicale adiționale:.....

respectiv:

- Cabinetul medical are dotarea corespunzătoare: DA NU

Detaliere dotare:.....

- Medicul are competența specifică dobândită parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz;

Indicare document justificativ:.....

- Îmi manifest acordul expres cu privire la prelungirea programului de lucru în limita a 2 ore/zi pentru acordarea serviciilor medicale adiționale*, după cum urmează:

Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

(*prestarea serviciilor medicale adiționale desfășurată conform programului menționat nu se suprapune cu activitățile desfășurate de către medic în cadrul altor furnizori aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate; de ex: cu programul desfășurat în cadrul centrelor de permanență etc.)

Data

Furnizor,