

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Casa de asigurări de sănătate .....   | Reprezentantul legal al furnizorului ..... |
| Furnizorul de servicii medicale ..... | .....                                      |
| Localitate .....                      | Medic de familie/ .....                    |
| Județ .....                           | (nume, prenume)                            |
|                                       | CNP medic de familie/ .....                |
|                                       | Cod parafă .....                           |

**NOTIFICARE**

Subsemnatul(a), ..... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ...., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că:

În perioada: de la [ ]/[ ]/[ ] până la [ ]/[ ]/[ ]  
 (..... zile lucrătoare), medicul de familie ....., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ...., va fi în vacanță, acordarea serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie ..... care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ..... str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....
- medicul de familie ..... care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ..... str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....
- medicul de familie ..... care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ..... str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Data ..... | Reprezentant legal    |
|            | nume și prenume ..... |
|            | semnătura .....       |