DECLARATIE,

Subsemnatul………………………………………………………………….,CNP…………………………………………………..,Cod Parafa……………………………………………………………… declar pe proprie raspundere ca imi desfasor activitatea intr-un singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti in cadrul Unitatii Sanitare cu Paturi………………………………………………………

Totodata declar ca desfasor activitate in ambulatoriu de specialitate……………………………………..cu un program de lucru de …………..ore.

Nota**:**

**In cazul in care medicul nu desfasoara activitate medicala in ambulatoriu paragraful 2 se va completa cu mentiunea NU.**

**In cazul in care medicul desfasoara activitate medicala in ambulatoriu paragraful 2 se va completa cu numele Unitatii Ambulatorii in care isi desfasoara activitatea(Spital,SRL,CMI….).**

**Semnatura, Data,**

**Parafa,**