Anexa 45

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

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

...............................................................................

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

Punct de lucru .......................................................................................................................

...............................................................................................................................................

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 | Adresa/| Program de lucru în contract cu |

|unde se |telefon | casa de asigurări de sănătate |

|desfăşoară | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

|activitatea| |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 numărul de puncte de lucru 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

Data Reprezentant legal

................... (semnătura)