Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu Anexa 45

…………………………………………….

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

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

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 Mureș se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locaţia unde se desfăşoară activitatea | Adresa/ telefon/ e-mail | Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate\*\*) | | | | | | | |
| Luni | Marți | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică | A |
| Sediu social **lucrativ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru/ **punct secundar de lucru\***) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Domiciliu beneficiari |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Disceperat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*) se va completa în funcţie de nr. 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:

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