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

Sediul social/Adresa fiscala......................................................

**DECLARATIE DE PROGRAM**

**pentru ambulatoriu de specialitate clinic**

Subsemnatul(a) ....................................................................B.I/C.I seria ............ nr. .......................... in calitate de

reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca programul

de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate Mures se desfasoara astfel :

**Nota : Se va completa cu programul existent (declarat anterior) la CAS Mures. Orice modificare fata de acest program se poate face dupa minim 30 de zile de la data incheierii contractului utilizind formularul tip existent.**

1. Nume şi prenume **medic** ……………………………………………….., CNP ……………………………………,

adresa …………………………………………………………., specialitatea ………………………….,

grad profesional ……………………., cod parafă ……………..……..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Program de activitate** | | | | | | | **Total ore** | **Semnatura si parafa** |
| **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **S.L. (da/nu)** |
|  |  |  |  |  | **-** | **-** |  |  |

**2.** Nume şi prenume **medic** ………………………………………………………, CNP …………………………………………..,

adresa ………………………………………………………………, specialitatea …………………………..………..…….…….,

grad profesional ………………….………., cod parafă ………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Program de activitate** | | | | | | | **Total ore** | **Semnatura** |
| **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **S.L. (da/nu)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3.** Nume şi prenume **psiholog, logoped** ………………………………………………………, CNP ……………………………..,

adresa ………………………………………………………………, specialitatea ………………………..…………..…….…….,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Program de activitate** | | | | | | | **Total ore** | **Semnatura** |
| **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **S.L. (da/nu)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4.** Nume şi prenume **asistent** ………………………………………………………, CNP ……………………………..,

adresa ………………………………………………………………, specialitatea ………………………..…………..…….…….,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Program de activitate** | | | | | | | **Total ore** | **Semnatura** |
| **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** | **S.L. (da/nu)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Programul de lucru 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 adresa si programul de lucru aferent.

Data : Reprezentant legal

(semnatura..................

........