**CCM 3 -** DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE A MEDICULUI PRESCRIPTOR

Către

**Director General al CAS ARAD**

Subsemnatul /a Dr. ..........................................................................................................,

medic primar / specialist ............................................................................. ............................,

declar pe proprie răspundere că:

□ Eliberez certificate de concediu medical ca urmare a serviciilor medicale prestate la furnizorul de servicii medicale:.................................................................................................,

având convenția de eliberare concedii medicale încheiată cu CAS Arad nr............/...............

□ Eliberez certificate de concediu medical și la următorii furnizori de servicii medicale: 1. Denumire furnizor ...............................................................................................................,

având convenția de eliberare concedii medicale încheiată cu CAS Arad nr.........../................

2.........................................

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

Am luat la cunoștință faptul că eliberarea certificatelor de concediu medical se realizează in cadrul fiecărui furnizor de servicii medicale în baza Convenției de eliberare concedii medicale încheiată cu CAS Arad, utilizând formularele de certificate medicale achiziționate de furnizor de la CAS Arad, în baza convenției.

**Am luat la cunoștință faptul că nu pot elibera concedii medicale decât în relație contractuală cu o singură casă de asigurări de sănătate.**

Medic Data

Nume, semnătură, parafă