ANEXA 2 C

Casa de asigurări de sănătate

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

Furnizorul de servicii medicale Reprezentantul legal al furnizorului

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

Localitate ....................

Judeţ ......................... Medic de familie/

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

(nume, prenume)

CNP medic de familie/

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

Cod parafă ..........................

**NOTIFICARE**

Subsemnatul(a), .............. legitimat(ă) cu 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:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

În perioada: de la |\_| |\_| / |\_| |\_| / |\_| |\_| |\_| |\_| până la

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|\_| |\_| / |\_| |\_| /|\_| |\_| |\_| |\_| (.......zile calendaristice), medicul de familie ................ ..., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......, nr. ..........,va fi în vacanţă,

acordarea serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista proprie se va face de către:

* medicul de familie.................. care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..............................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ......, judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail .......................................;
* medicul de familie.................. care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..............................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ......, judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail .......................................;

* medicul de familie.................. care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..............................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ......, judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail .......................................

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Data Reprezentant legal

.................. nume și prenume ..........

semnătura..........