Casa de asigurări de sănătate
.....
Furnizorul de servicii medicale
.....
Localitate .....
Judeţ .....

Reprezentantul legal al furnizorului
.....

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 asiguraţii 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.....