S.C. Farmaceutica…….

Program activitate Farmacia *…….

Nume si prenume farmacist	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale

Program activitate Asistenti *…….

Nume si prenume asistent	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale

* Se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent
Model de intocmire program: - zilnic; saptamanal sau saptamana para si impara.

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)