



Denumirea furnizorului :  
Sediul social/ Adresa fiscală:  
Telefon programari consultatii:

**DECLARAȚIE DE PROGRAM - 2014**

Punct de lucru: \_\_\_\_\_

Subsemnatul (a) Dr \_\_\_\_\_, B.I./C.I. seria nr. \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Cluj se desfășoară astfel:

| <i>Locația unde se desfășoară activitatea</i>  | <i>Adresa</i> | <i>Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate</i> |              |                 |            |               |                |                 |                         |
|--|---------------|--|--------------|-----------------|------------|---------------|----------------|-----------------|-------------------------|
|  |               | <i>Luni</i>  | <i>Marți</i> | <i>Miercuri</i> | <i>Joi</i> | <i>Vineri</i> | <i>Sâmbătă</i> | <i>Duminică</i> | <i>Sărbători legale</i> |
| <i>Sediul social lucrativ</i>                  |               |  |              |                 |            |               |                |                 |                         |
| <i>Punct de lucru/Punct secundar de lucru*</i> |               |  |              |                 |            |               |                |                 |                         |
| <i>Medic angajat</i>                           |               |  |              |                 |            |               |                |                 |                         |

\* se va completa in functie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent. Punctele de lucru trebuie sa fie autorizate si evaluate.

Data

*Reprezentant legal (semnătura și ștampila)*

\_\_\_\_\_