**Denumirea furnizorului\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Covasna se desfăşoară astfel:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Locaţia unde se desfăşoară activitatea | Adresa / Telefon | Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate |
| Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminică | Sărbători legale(da/nu) |
| Sediul principal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oficiu  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Data **Reprezentant legal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semnătura electronică extinsă/calificată)

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