**ANEXA NR. 1 LA CONTRACTUL NR. ……./2023 (ANEXA NR. 49 LIT. B ȘI D LA NORME)**

SC………………………………………

Reprezentant legal…………………………………………………….

Adresa farmacie/oficina………………………………………………

Telefon/fax………………………………………………….

Adresa e-mail………………………………………………….

**D. STRUCTURA PERSONAL**

 **PERSONAL DE SPECIALITATE AL FARMACIEI COMUNITARE (FARMACIȘTI) CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NR.CRT. | NUME ŞI PRENUME | CNP | Certificat de liberă practică eliberat de CFR | Documentul care atestă forma de angajare la furnizor | Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)\* |
| Număr | Data eliberării | Data expirării | Tip contract (CIM/PFA/PFI, ETC) | Număr contract | Din data |  Conform Anexei Nr. 2 la Contractul Nr...../2023    |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |

Data:

\* programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al farmaciștilor care îşi desfășoară activitatea trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

 **Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

 semnătură electronică extinsă/calificată

**ANEXA NR. 1 LA CONTRACTUL NR. ..…./2023 (ANEXA NR. 49 LIT. B ȘI D LA NORME)**

SC………………………………………

Reprezentant legal…………………………………………………….

Adresa farmacie/oficina………………………………………………

Telefon/fax………………………………………………….

Adresa e-mail………………………………………………….

**B. STRUCTURA DE PERSONAL**

**PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAŞĂ) -**

**CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.crt | Nume şi Prenume | CNP | Certificat eliberat de organizaţia profesională | Specialitatea | Asigurare de răspundere civilă | Documentul care atestă forma de angajare la furnizor | Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)\* | Total ore/săptămâna |
|  Număr | Data eliberării | Data expirării |  Număr | Valoare | Data eliberării | Data expirării | Tip contract (CIM/PFA/PFI,etc.) | Număr contract | Din data | Conform Anexei Nr. 2 la Contractul Nr...../2023  |   |
|   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Data:

\*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

 **Reprezentantul legal al furnizorului,**

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

 semnătură electronică extinsă/calificată