**Anexa nr. 1 bis la contractul de furnizare de servicii medicale clinice nr. ........../2023**

Denumire Furnizor ........................................................

Punct de lucru...................................................

**PROGRAM DE ACTIVITATE**

 **SPECIALITATEA .................., evaluată/acreditata prin decizia/adeverinta/certificat de acreditare nr. ........./............., valabila pana la ....................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nume medic** | **LUNI** | **MARŢI** | **MIERCURI** | **JOI** | **VINERI** | **SÂMBĂTĂ** | **Total nr. Ore/săpt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Program de activitate ecografii

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nume medic** | **LUNI** | **MARŢI** | **MIERCURI** | **JOI** | **VINERI** | **SÂMBĂTĂ** | **Total nr. Ore/săpt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Declar pe propria raspundere că programul de activitate al medicului/medicilor nu se suprapune cu programul de activitate pe care acesta/acestia il au în alt punct de lucru/alte puncte de lucru.**

DATA, REPREZENTANT LEGAL,

Denumire Furnizor ........................................................

Punct de lucru...................................................

Anexa nr. 1 bis la contractul de furnizare de servicii medicale clinice nr. ........../2023

**PROGRAM DE ACTIVITATE –ASISTENTI MEDICALI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nume si prenume** | **LUNI** | **MARŢI** | **MIERCURI** | **JOI** | **VINERI** | **SÂMBĂTĂ** | **Total nr. Ore/săpt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Data,** REPREZENTANT LEGAL,

Denumire Furnizor ........................................................

Punct de lucru...................................................

Anexa nr. 1 bis la contractul de furnizare de servicii medicale clinice nr. ........../2023

**PROGRAM DE ACTIVITATE –PERSONAL SERVICII CONEXE**

**( psihologi/kinetoterapeuti)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nume si prenume** | **LUNI** | **MARŢI** | **MIERCURI** | **JOI** | **VINERI** | **SÂMBĂTĂ** | **Total nr. Ore/săpt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

DATA, REPREZENTANT LEGAL,