**Anexa 45**

Denumirea furnizorului .……………………………………………………………………………………………..

Sediul social/Adresa fiscala ……………………………………………………………………………

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

**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 a Municipiului Bucurestise desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatia unde se desfasoara activitatea  Adresa si nr. telefon | Program de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti\*\* | | | | | | | |
| **Luni** | **Marti** | **Miercuri** | **Joi** | **Vineri** | **Sâmbătă** | **Duminica** | **Sarbatori Legale** |
| Sediul social lucrativ  Adresa : |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru / punct secundar de lucru \*)  Adresa : |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …………. |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* 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 solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent.

\*\*) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet şi programul la domiciliu

Data …………. Reprezentant legal

nume și prenume ........

semnătura ........