nexa 45

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

Sediul social/Adresa fiscală ……………………………………………………………………………

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

**DECLARAŢIE DE PROGRAM**

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

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 Bucuresti se 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** | **Marţi** | **Miercuri** | **Joi** | **Vineri** | **Sâmbătă** | **Duminică** | **Sărbători legale** |
| Sediul social lucrativ  Adresa : |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru / punct secundar de lucru \*)  Adresa : |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …………. |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* se va completa in funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, in situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

Data …………. Reprezentant legal

nume și prenume ........

semnătura ........