Denumirea furnizorului ................................................... **ANEXA 45**

……………………………………………………………….

Sediul social/Adresa fiscală ............................................

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

**DECLARAȚIE 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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locația  unde se desfăsoară  activitatea | Adresa/  telefon | Program de lucru in contract cu  Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti \*\*) | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori  legale |
| Sediul social **lucrativ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru/  **punct secundar de lucru**\*) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în 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

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

Data …………. Reprezentant legal

nume și prenume ........

semnătura ........