Denumirea furnizorului ...................................................

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

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

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

**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/telefon | Program de lucru in contract cu CASMB\*\*) | | | | | | | |
| Luni | Marti | Miercuri | Joi | Vineri | Sambata | Duminica | Sarbatori legale |
| Sediu social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru adresa….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pentru laboratoarele de analize toata durata programului de lucru sa fie acoperita de medic/biolog, chimist, biochimist medical cu grad de specialist pentru cel putin 7 ore

Pentru laboratoarele de anatomie patologica toata durata programului de lucru sa fie acoperita de medic anatomo patolog

Pentru radiologie imagistica toata durata programului de lucru sa fie acoperita de medic pentru cel putin 6 ore;

\*) 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 **(distinct pentru laborator analize medicale si radiologie imagistica);**

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

Data Reprezentant legal

…………….. ..................... (semnătura şi ştampila)