**ANEXA 1**

Denumirea furnizorului ……………………………………………………………………

Sediul lucrativ ……………………………………………………………….

Adresa e-mail……………………………………………………………………………….

Telefon……………………………………………………………………………………..

Contract D………..

**PROGRAM DE ACTIVITATE**

1. **Nume şi prenume medic dentist** ……………………………………………… CNP……………………. adresa locație ……………… Specialitatea …………….……. Grad profesional ………. Cod parafă ……………,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminica | Sarbatori legale | Total ore |
| interval orar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Nume şi prenume medic dentist** ……………………………………………… CNP……………………. adresa locație ……………… Specialitatea …………….……. Grad profesional ………. Cod parafă ……………,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminica | Sarbatori legale | Total ore |
| interval orar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Nume şi prenume medic dentist** ……………………………………………… CNP……………………. adresa locație ……………… Specialitatea …………….……. Grad profesional ………. Cod parafă ……………,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminica | Sarbatori legale | Total ore |
| interval orar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Nume şi prenume medic dentist** ……………………………………………… CNP……………………. adresa locație ……………… Specialitatea …………….……. Grad profesional ………. Cod parafă ……………,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luni | Marţi | Miercuri | Joi | Vineri | Sâmbătă | Duminica | Sarbatori legale | Total ore |
| interval orar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OBSERVATIE: Conform Art. 64 (1) programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet.**

 Data **Reprezentant legal**

**..................**

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