Anexa nr.2

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

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

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

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

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 Olt se desfăşoară astfel:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Locația unde se desfășoară activitatea | Adresa / telefon  e-mail | Program de lucru în contract cu casa de asifurări de sănătate\*\* | | | | | | |
| luni | Marți | miercuri | joi | Vineri | sâmbătă | Sărbători legale |
| Sediu social lucrativ | Cabinet |  |  |  |  |  |  |  |
| Teren |  |  |  |  |  |  |  |
| Punct de lucru/ punct secundar de lucru \* | Cabinet |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Teren |  |  |  |  |  |  |  |
| Asistent |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) 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 şi programul la domiciliu.

**Data Reprezentant legal:**

......................... nume şi prenume .....................

semnătura ...........................