

Furnizor de servicii medicale

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a),

legitimată (ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ...., în calitate de medic, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că nu sunt cuprins în contract de furnizare de servicii medicale și cu alte case de asigurări de sănătate.

Declar programul de lucru orar la toate locurile de muncă unde îmi desfășor activitatea:

Angajator \_\_\_\_\_ Angajator \_\_\_\_\_ Angajator \_\_\_\_\_

Luni	Luni	Luni
Marti	Marti	Marti
Miercuri	Miercuri	Miercuri
Joi	Joi	Joi
Vineri	Vineri	Vineri

Data .....

Medic  
(semnătura și parafa)  
.....