

FURNIZOR _____

Nr. _____ / _____

Anexa la Cerere 2017

NUMAR CONTRACT _____ MEDIC TITULAR _____

COD NUMERIC PERSONAL _____ GRAD PROFESIONAL _____

CABINET
LOCALITATE _____ STRADA _____ NR. _____

BLOC _____ SC _____ APT _____; Forma organizare (CMI, SCM, SC, Cabinet Asociat) _____

PUNCT LUCRU evaluat (1)
LOCALITATE _____ STRADA _____ NR. _____

PUNCT LUCRU evaluat (2)
LOCALITATE _____ STRADA _____ NR. _____

MEDIC ANGAJAT (se completeaza pentru CMI care au medic angajat)
NUME SI PRENUME _____ CNP _____

COD PARAFĂ _____ GRAD PROFESIONAL _____ Numar si data ALP _____

Cadre medii

Nr.crt.	Nume si prenume asistenti	CNP	Nr. / dada contract de munca	Norna de incadrare (norma intreaga/fractiune de norma)	Numar si data autorizatie de libera practica
1					
2					
3					

Program lucru personal medico-sanitar

	Nume / Prenume personal	Locatie	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri
Medic titular		Cabinet					
		Teren					
Medic angajat		Cabinet					
		Teren					
Asistent 1		Cabinet					
		Teren					
Asistent 2		Cabinet					
		Teren					
Asistent 3		Cabinet					
		Teren					

Cunosc faptul ca, conform prevederilor legale, nu pot incheia contract de furnizare servicii medicale decat cu o singura Casa de Asigurari de Sanatate.

Raspund de autenticitatea si veridicitatea datelor.

SEMNATURA si STAMPILA FURNIZOR