

Denumirea furnizorului.....

Sediul social/adresa fiscala.....

DECLARATIE DE PROGRAM

Subsemnatul (a),legitimat (a) cu B.I./C.I. seria....., nr....., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca programul de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate Valcea se desfasoara astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa (Localitate, str., nr.)/telefon	Cabinet / teren	Program de lucru in contract cu CAS Valcea							
			Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatore legale
Sediul social lucrativ		Cabinet						---	---	---
		Teren						---	---	---
Punct lucru 1		Cabinet						---	---	---
Punct lucru 2		Cabinet						---	---	---
Punct lucru 3		Cabinet						---	---	---

* se va completa in functie de numarul de puncte de lucru ale furnizorului, in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu CAS Valcea, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent

** pentru medicii de familie se completeaza distinct programul la cabinet si programul la domiciliu

Data,
.....

Reprezentant legal,
Semnatura si stampila,