**DECLARATIE**

**PROGRAM MEDIC DENTIST/MEDIC STOMATOLOG/DENTIST**

*Subsemnatul (a) ……..…………………………………………………………………………………………………, medic ……………………………………………………………………., cod parafa:……………………………., CNP:……………………………………………………………………..grad profesional………………...……, legitimat (a) cu C.I./ seria …….…………. Nr. ………………………………….. cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca in cadrul*

***furnizorului de servicii medicale****: ………………..……………………………………………………………. ………………………………………………………………………….cu adresa in …………………………………..,*

*…………………………………………………………………………, str…………..………………….…………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………, localitatea ……………………………., îmi desfășor activitatea după* ***urmatorul program:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***CONSULTATII*** | ***ORAR DE LA….*** | ***LA*** | ***NR.ORE/ PE ZI*** |
| *LUNI* |  |  |  |
| *MARTI* |  |  |  |
| *MIERCURI* |  |  |  |
| *JOI* |  |  |  |
| *VINERI* |  |  |  |
| *SAMBATA* |  |  |  |
| *DUMINICA* |  |  |  |
| *SARBATORI LEGALE* |  |  |  |
|  | | *TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA* |  |

***Figurez / Nu figurez*** *in alte contracte incheiate cu CAS VÂLCEA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Figurez / Nu figurez*** *in alte contracte incheiate cu alte case de asigurari de sanitate, inclusiv CASA OPSNAJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Nume Prenume Medic,***

*(semnatura si parafa)*

***Data:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_*