**ANEXA 2 C – Norme 2023**

 Casa de asigurări de sănătate

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

 Furnizorul de servicii medicale Reprezentantul legal al furnizorului

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

 Localitate ....................

 Judeţ ......................... Medic de familie/

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

 (nume, prenume)

 CNP medic de familie/

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

 Cod parafă .........................

**NOTIFICARE**

 Subsemnatul(a), ...................... legitimat(ă) cu 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:

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

 În perioada: de la |\_||\_|/|\_||\_|/|\_||\_||\_||\_|

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

până la |\_||\_|/|\_||\_|/|\_||\_||\_||\_|

(....... zile lucrătoare), medicul de familie ..............., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......,

nr. ........, va fi în vacanţă,

 acordarea serviciilor medicale pentru asiguraţii înscrişi pe lista proprie se va face de către:

 - medicul de familie .................. care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ........................, str. ................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ................., telefon fix/mobil ..............., adresă e-mail ..................;

 - medicul de familie .................. care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna .................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ................, telefon fix/mobil ................., adresă e-mail ....................;

 - medicul de familie .................. care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ................ având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna .................., str. ................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ................, telefon fix/mobil ................., adresă e-mail ..................

 Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

 Data Reprezentant legal

 .......... nume şi prenume .........

 semnătura ...............