

Casa de asigurări de sănătate

V A S L U I

Furnizorul de servicii medicale

Reprezentantul legal al furnizorului

.....

.....

Localitate .....

Județ .....

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 declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că:

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

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

(..... zile calendaristice), medicul de familie

....., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria .....,nr. ...., va fi în vacanță,

acordarea serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista proprie se va face de către:

- **medicul de familie** ..... care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul....., telefon fix/mobil .....; adresă e-mail .....

- **medicul de familie** .....care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul....., telefon fix/mobil .....; adresă e-mail.....;

- **medicul de familie** ..... care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul....., telefon fix/mobil .....; adresă e-mail .....

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

**Data**

.....

**Reprezentant legal**

nume și prenume.....  
semnătura .....