

DECLARAȚIE

Subsemnatul _____ CNP _____, în calitate de angajat farmacist/asistent, cunoscând prevederile art. 292 Cod penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că sunt angajat la următorii furnizori de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate:

1. Furnizorul, SC _____ SRL/SA
Farmacia/oficina locală de distribuție _____
Adresa completă a farmaciei/oficinei _____
Norma de lucru de _____ ore/zi de la ora _____ până la ora _____ sau Norma de lucru de _____ ore/saptamană.

2. Furnizorul, SC _____ SRL/SA
Farmacia/oficina locală de distribuție _____
Adresa completă a farmaciei/oficinei _____
Norma de lucru de _____ ore/zi de la ora _____ până la ora _____ sau Norma de lucru de _____ ore/saptamană.

Data: _____

Răspund de realitatea și exactitatea datelor
Nume angajat
(semnătura)