

Aviz,
 Direcția de Sănătate Publică.....
 Director

Data

Denumirea furnizorului

Sediul social / Adresa fiscala

**DECLARAȚIE DE PROGRAM
 model -**

punct de lucru

Subsemnatul (a),
 B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că
 falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere ca
 programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se
 desfășoară astfel:

Locatia unde se desfasoar a activitate	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbăta	Duminică	Sarbatori legale
Sediul social									
Punct de lucru*									
Consultatii teren									

** se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care
 furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu
 casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru
 aferent*

Data

Reprezentant legal
 (semnatura si stampila)