

Denumirea

furnizorului.....

.....

Sediul social / Adresa

fiscala.....

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

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 Brașov se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate **							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sămbătă	Duminică	Sărbător legalei
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru *)									
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

** pentru medicii de familie se completează distinct programul de lucru la cabinet și programul de lucru la domiciliu

Data

Reprezentant legal ,

.....
(semnatura si stampila)