

Casa de asigurări de sănătate

 Furnizorul de servicii medicale

 Localitate
 Județ
 Reprezentantul legal al furnizorului

 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/sectorul , 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/sectorul , 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/sectorul , telefon fix/mobil , adresă e-mail

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Data

Reprezentant legal
 nume și prenume
 semnătura.....