

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

Sediul social/Adresa fiscală

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 că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/ punct secundar de lucru*									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) 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
(semnătura și ștampila)
.....