

Aviz,

**Direcția de Sănătate Publică București
Director Executiv
Dr. Adrian Călugăru**

Denumirea furnizorului.....

Sediul social/ Adresa fiscală.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Punct de lucru.....

Subsemnatul (a).....

B.I./C.I....., 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:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa	Program, de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

*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)

