

ANEXA 39 B

Aviz,
Directia de Sanatate Publica Suceava

Director.....

Data.....

Denumirea Furnizorului.....

Sediul social/Adresa fiscala

Punct de lucru.....

**DECLARATIE PROGRAM
-MODEL-**

**Subsemnatul (a).....B.I./C.I.
seria.....nr..... in calitate de reprezentant legal , cunoscand ca falsul in declaratii
se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca programul de lucru in contract cu Casa
de Asigurari de Sanatate Suceava se desfasoara 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
Sediul social									
Punct de lucru *									
Punct de lucru *									

**se va completa in functie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului , in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent*

Data.....

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)