

AVIZ

Directia de Sanatate Publica Suceava

DIRECTOR

DATA

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Denumire furnizor :

Sediul social / adresa fiscala

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 Suceava se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	adresa	tip (F/PL)	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate								
			L	M	M	J	V	S	D	sarb. Legale	non stop
Farmacia											
* 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
..... (semnatura si stampila)