**DECLARATIE – PROGRAM MEDIC**

*Subsemnatul (a) …………………………………………………………………………………………………, medic ……………………………………………………………………., cod parafa: ……………………………., CNP:……………………………………………………………………. , grad profesional………………...……, legitimat (a) cu C.I./ seria …….…………. Nr. ………………………………… cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere ca în ambulatoriul de specialitate / ambulatoriul de specialitate integrat / în cadrul*

*1)* ***Furnizorului de servicii medicale****:……………………………………………………………. ………………………………………………………………………….cu adresa punctului de lucru in Bucuresti, str…………..……………………………………………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………, sector………………….,*

***am urmatorul program:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***CONSULTATII*** | ***ORAR DE LA….*** | ***LA*** | ***NR.ORE/ PE ZI*** |
| *LUNI* |  |  |  |
| *MARTI* |  |  |  |
| *MIERCURI* |  |  |  |
| *JOI* |  |  |  |
| *VINERI* |  |  |  |
| *SAMBATA* |  |  |  |
| *DUMINICA* |  |  |  |
| *SARBATORI LEGALE* |  |  |  |
|  |  | *TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***ECOGRAFII*** | ***ORAR DE LA….*** | ***LA*** | ***NR.ORE/ PE ZI*** |
| *LUNI* |  |  |  |
| *MARTI* |  |  |  |
| *MIERCURI* |  |  |  |
| *JOI* |  |  |  |
| *VINERI* |  |  |  |
| *SAMBATA* |  |  |  |
| *DUMINICA* |  |  |  |
| *SARBATORI LEGALE* |  |  |  |
|  |  | ***TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA*** |  |

*2****) Mentionez ca mai sunt angajat si la Furnizorul de servicii******medicale****:………………………….………………………………………………………….………….cu adresa punctului de lucru in Bucuresti, str…………..……………………………………………….., nr. …………, bloc………………., scara……………….., etaj………………….., ap……………………, sector………………….,* ***unde am urmatorul program:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***CONSULTATII*** | ***ORAR DE LA….*** | ***LA*** | ***NR.ORE/ PE ZI*** |
| *LUNI* |  |  |  |
| *MARTI* |  |  |  |
| *MIERCURI* |  |  |  |
| *JOI* |  |  |  |
| *VINERI* |  |  |  |
| *SAMBATA* |  |  |  |
| *DUMINICA* |  |  |  |
| *SARBATORI LEGALE* |  |  |  |
|  |  | ***TOTAL ORE/ PE SAPTAMANA*** |  |

**3) Cadru didactic da / nu cu integrare clinică da / nu**

4) Figurez / Nu figurez in alte contracte incheiate cu alte case de asigurari de sanatate;

5) Personalul mediu sanitar cu care lucrez este asist: …………………………………...............

6) Numele medicului cu care lucrez in contratura in cabinet:

*7)* Subsemnatul/(a), ........................................................................................................... B.I./C.I. seria ........., nr. .............., în calitate de medic titular / angajat, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru declarat mai sus nu depășește timpul de lucru prevăzut în legislația muncii și nu se suprapune cu un alt program de lucru . Orice modificare a programului de mai sus va fi anunțată în scris la CASMB conform prevederilor contractuale

***Nume Prenume Medic,*** *(semnatura si parafa)*

Nota :

În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.