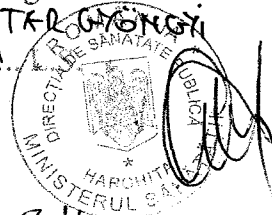


Denumirea furnizorului: **C.M. SAIKI**  
**MARIA DANI**  
 Sediul social / Adresa fiscală: **DRONTEI U-**  
**SECUTIC HARGHITA**  
 Adresă punct de lucru: .....

Direcția de Sănătate Publică Harghita  
 Director DSP: **DR. TR. GYONGYI**  
 Aviz, Data: **22. IUN. 2011 / 2.971.**



Subsemnatul (a), **DR. SAIKI MARIA** B.I./C.I. seria **412**, nr/**160311**, în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere ca programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate Harghita se desfășoară astfel:

		Program de lucru CABINET							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatore legale
Sediul social	cabinet	12-20	8-16	12-20	8-16	8-16			
	teren								
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru MEDIC TITULAR							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatore legale
Sediul social	cabinet	14-20	8-14	14-20	8-14	8-14			
	teren	12-14	14-16	12-14	14-16	14-16			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru MEDIC ANGAJAT							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatore legale
Sediul social	cabinet								
	teren								
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru ASISTENT MEDICAL							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatore legale
Sediul social	cabinet	12-20	8-16	12-20	8-16	8-16			
	teren								
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

\* Punctul de lucru trebuie să fie evaluat și trebuie să existe decizie de evaluare eliberată de comisia de evaluare