

Denumirea furnizorului...CABINET MEDICAL  
 IND COZMENI.....  
 Sediul social / Adresa  
 fiscala.....20427217.....  
 Adresă punct de lucru.....

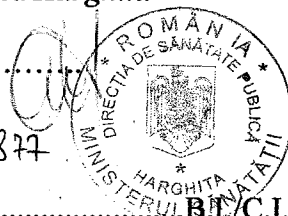
Direcția de Sănătate Publică *Harghita*

Director DSP

Aviz, Data.....

03. MAR. 2011/

/Dr. Rata Maria Magdalena 877



Subsemnatul (a), ..DR RATA MARIA MAGDALENA.....

seria .....HR....., nr. ....080532....., 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 <b>CABINET</b>							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediul social	cabinet	07-12	11-16	07-12	11-16	07-12			
	teren	12-15	16-18	12-15	16-18	12-15			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru <b>MEDIC TITULAR</b>							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediul social	cabinet	07-12	11-16	07-12	11-16	07-12			
	teren	12-15	16-18	12-15	16-18	12-15			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru <b>MEDIC ANGAJAT</b>							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediul social	cabinet								
	teren								
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru <b>ASISTENT MEDICAL</b>							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediul social	cabinet	07-12	11-16	07-12	11-16	07-12	11-16		
	teren	12-15	16-18	12-15	16-18	12-15	16-18		
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

