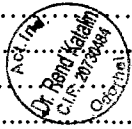


Denumirea furnizorului.....  
 Sediul social / Adresa fiscala.....  
 Adresa punct de lucru.....



Direcția de Sănătate Publică Harghita  
 Director DSP  
 Aviz, Data... 14 JUN 2011



*[Handwritten signature]*

Subsemnatul (a) DR. RAZVAN KATARINA.....B.I./C.I. seria R....., nr 216176, 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	13-20	8-15	13-20	8-15	8-15			
	teren	12-13	15-16	12-13	15-16	15-16	x cabinet de urgență		
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								



		Program de lucru <b>MEDIC TITULAR</b>							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale
Sediul social	cabinet	14-19	9-14	14-19	9-14	9-14			
	teren	12-14	8-9/14-15	12-14	8-9/14-15	8-9/14-15			
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	13-20	8-15	13-20	8-15	8-15			
	teren	12-13	15-16	12-13	15-16	15-16			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

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