

Denumirea furnizorului.....  
 C.T. **RUSU I MED. FAM.**  
 Sediul social / Adresa fiscală.....  
 Sediul social / Adresa fiscală.....  
 Adresa punctului de lucru.....

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



Subsemnatul (a) **DR. RUSS IHEAUA**..... B.I./C.I. seria **HR**..... nr. **305361** 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	9-14	15-20	9-14	15-20	9-14	ASISTENȚĂ DE			
	teren	8-9 14-15	13-15	8-9 14-15	13-15	8-9 14-15	URGENȚĂ DUPĂ SOLICITĂRI			
Punct de lucru*	cabinet									
	teren	nu este cazul								

		Program de lucru <b>MEDIC TITULAR</b>								
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale	
Sediul social	cabinet	9-14	15-20	9-14	15-20	9-14	ASISTENȚĂ DE			
	teren	8-9 14-15	13-15	8-9 14-15	13-15	8-9 14-15	URGENȚĂ DUPĂ SOLICITĂRI			
Punct de lucru*	cabinet									
	teren									

		Program de lucru <b>MEDIC ANGAJAT</b>								
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbatori legale	
Sediul social	cabinet	nu este cazul								
	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	8-15	14-20	8-15	14-20	8-15	ASISTENȚĂ DE			
	teren	15-16	13-14	15-16	13-14	15-16	URGENȚĂ DUPĂ SOLICITĂRI			
Punct de lucru*	cabinet									
	teren									

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