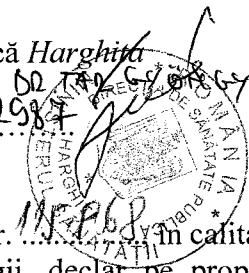


Denumirea furnizorului.....
 Sediul social / Adresa fiscala.....
 Adresa punct de lucru.....

Direcția de Sănătate Publică Harghita
 Director DSP
 Aviz, Data 27. IUN. 2011 / 2987



Subsemnatul (a) SR SZÉLES CZÉZAR JULIA B.I./C.I. seria AH nr. 15868 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	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbato legale
Sediul social	cabinet	8-14	14-20	8-14	14-20	8-14			
	teren	14-16	12-14	14-16	12-14	14-16			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru MEDIC TITULAR							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbato legale
Sediul social	cabinet	8-14	14-20	8-14	14-20	8-14			
	teren	14-16	12-14	14-16	12-14	14-16			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru MEDIC ANGAJAT							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbato legale
Sediul social	cabinet								
	teren								
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

		Program de lucru ASISTENT MEDICAL							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sarbato legale
Sediul social	cabinet	8-14	14-20	8-14	14-20	8-14			
	teren	14-16	12-14	14-16	12-16	14-16			
Punct de lucru*	cabinet								
	teren								

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

