

## Declaratie - Program

Subsemnatul ....., CNP: ....., legitimat(a) cu C.I./seria ..... Nr. .... ,  
profesia ....., grad profesional ....., cunoscând că falsul în declarații se pedepsește  
conform legii, declar pe propria răspundere ca îmi desfășor activitatea în cadrul furnizorului de servicii medicale  
....., după următorul program:

	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Total ore /saptamana	În contract cu CAS Constanța (DA/NU)
Nr.ore									
Program									

Declar ca îmi desfășor activitatea și la următoarele unități/furnizori cu următorul program :

1. Unitate/Furnizor .....

	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Total ore /saptamana	In contract cu CAS Constanța (DA/NU)
Nr.ore									
Program									

2. Unitate/Furnizor .....

	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Total ore /saptamana	In contract cu CAS Constanța (DA/NU)
Nr.ore									
Program									

**Figurez / Nu figurez** în alte contracte încheiate cu alte case de asigurări de sănătate

CAS .....

Data : ...../...../.....

Semnatura\* .....

\* semnătura și parafa în cazul personalului medico-sanitar care are atribuită parafa