Eniko Fulop

Digitally signed by Eniko Fulop
Date: 2023.06.16 08:21:57 +03'00'

DECLARAŢIE

Subsemnatul,Dr. BENEDEK-KIRÁLY ILDIKÓ ..... medic RECUPERARE MEDICALĂ
specialist/primar..... cu competenţă..... CNP 2890813058750 ..... cod parafă..... B19270 ..... domiciliat în..... GHEORGHENI..
cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseste conform legii, declar pe proprie răspundere următoarele:

Desfăşor activitate în următoarele locuri de muncă *:
1. SPITAL MUNICIPAL GHEORGHENI - AMBULATOR
2. .....
3. .....
4. .....

Programul meu de activitate la locurile de muncă sus menţionate este următorul:

Denumire loc de muncă	Contract cu CAS DA/NU	Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă
SPITAL MUNICIPAL GHEORGHENI	DA	8-15	8-15	8-15	8-15	8-15	—

Dau prezenta declaraţie pentru a servi la Casa de Asigurări de Sănătate Harghita.

Întocmit azi 12.06. 2023

Semnătura

Notă*. La poziţia 1 se trece norma de bază (spital,ambulator,etc), urmând ca la poziţiile următoare să se treacă toate celelalte locuri de muncă, indiferent că sunt sau nu sunt în contract cu CAS .
Declaraţia se depune la CAS **în original**, la contractare şi ori de câte ori apar modificări ale datelor menţionate l.