



SPITALUL DE PNEUMOTIZIOLOGIE BOTOȘANI

Operator de date cu caracter personal nr. 35960 CUI: 14835931

Str. Trandafirilor nr. 24, Telefon:0231-584024, 584118, 584082, Fax:0231-584024

e-mail: [office@pneumobt.ro](mailto:office@pneumobt.ro), [www.pneumobt.ro](http://www.pneumobt.ro)

### DECLARAȚIE PROGRAM

pentru medicii din spital

Subsemnatul, LUPAȘCU COSTEL, C.I. seria XT nr. 890987 în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de asigurări de sănătate Botoșani se desfășoară astfel:

1. Nume și prenume **medic** MARCU VLADIMIR TIBERIU, CNP1550804070057, adresa CAL NATIONALĂ NR 42 ET 1 AP 3, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă 097237.

Program de activitate							Total ore	Semnatura parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
10-12	10-12	10-12	10-12	10-12	L	NU	20 ore	Dr. VLADIMIR TIBERIU MARCU MEDIC PRIMAR PNEUMOTIZIOLOGIE C.I. 890987
13-15	13-15	13-15	13-15	13-15				

2. Nume și prenume **medic** DASCALU CRISTINA, CNP 2741030073523, adresa STR BUCOVINA NR 6 SC C ET 1 AP 4, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă 952675.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
08-11	08-11	08-11	08-11	08-11	L	NU	15 ore	Dr. DASCALU CRISTINA DASCALU MEDIC PRIMAR PNEUMOTIZIOLOGIE C.I. 2741030073523

3. Nume și prenume **medic** GHERGHEL MIHAELA, CNP 2730918070055, adresa ALE. GEN. DUMITRU

VASILIU, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă 949153.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
09-12	09-12	09-12	09-12	09-12	L	NU	15 ore	Dr. GHERGHEL MIHAELA GHERGHEL MEDIC PRIMAR PNEUMOTIZIOLOGIE C.I. 2730918070055

4. Nume și prenume **medic** MURVAI MIRELA, CNP 2561010070053, adresa ALE PRIMAVERII NR 2 SC AAP 4, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă 097198.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
12:00-16:30	12:00-16:30	12:00-16:30	12:00-16:30	12:00-16:30	L	NU	22 ore 30 min	

5. Nume și prenume **medic** ORLOVSCHI CRISTINA, CNP 2701218221157, adresa DRUMUL TATARILOR NR 43 A, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă 912491.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
9-10 12-15	9-10 12-15	9-10 12-15	9-10 12-15	9-10 12-15	L	NU	20 ore	

6. Nume și prenume **medic** BENDAS MAGDALENA, CNP 2810105070079, adresa OCTAV ONICESCU NR 18 ET 2 AP 15, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă A36546.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
08:00-11:30	08:00-11:30	08:00-11:30	08:00-11:30	08:00-11:30	L	NU	17 ore 30 min	

7. Nume și prenume **medic** COJOCARIU CRACIUNITA ANDREEA, CNP 2761225330794, adresa SAT CATAMARASTI DEAL COMUNA MIHAI EMINESCU, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă B35062.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
13-15	13-15	13-15	13-15	13-15	L	NU	10 ore	

8. Nume și prenume **medic** CIOMAGA MIRELA, CNP 2800802070027, adresa STR ION CREANGA NR 21, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă A36730.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
08-09	08-09	08-09	08-09	08-09	L	NU	5 ore	

9. Nume și prenume **medic** DUMBRAVA OANA TUDORITA, CNP 2821216071362, adresa Str. Izvoarelor Nr 2 Sc B Et 4 Ap 14, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional PRIMAR, cod parafă A36755.

Program de activitate							Total ore	Semnatura si parafa
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
08-09	08-09	08-09	08-09	08-09	L	NU	5 ore	



10. Nume și prenume **medic** LUCAN CRISTINA, CNP 2900410070029, adresa Str.Popauti Nr 48, specialitatea PNEUMOLOGIE, grad profesional SPECIALIST, cod parafă A38430.

Program de activitate							Total ore	Semnatura parafa si
L	M	M	J	V	S	S.L. (da/nu)		
11-13	11-13	11-13	11-13	11-13	L	NU	10 ore	

Programul de lucru se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct, cu adresa și programul de lucru aferent.

**Data :**

.....

**Reprezentant legal**  
(semnatura)

.....

LUCAN CRISTINA  
MEDIC SPECIALIST  
PNEUMOLOGIE  
A38430