**CCM 5 -** DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE A MEDICULUI PRESCRIPTOR

Către Director General al CASMB

Subsemnatul / a Dr. ................................................................................................., medic primar / specialist ............................................................................. , declar pe proprie răspundere că:

□ Eliberez certificate de concediu medical ca urmare a serviciilor medicale prestate la furnizorul ......................................................................................................................, având convenția de eliberare concedii medicale încheiată cu CASMB nr............................. din data de .................................... .

□ Eliberez certificate de concediu medical și la următorii furnizori de servicii medicale: 1. Nume furnizor .........................................................................................................., având convenția de eliberare concedii medicale încheiată cu CASMB nr............................. din data de .................................... .

Am luat la cunoștință faptul că eliberarea certificatelor de concediu medical se realizează in cadrul fiecărui furnizor de servicii medicale în baza convenției de eliberare concedii medicale încheiată cu CASMB, utilizând formularele de certificate medicale achiziționate în baza convenției de la casa de asigurări.

**Am luat la cunoștință faptul că nu pot elibera concedii medicale decât în relație contractuală cu o singură casă de asigurări.**

Medic Data

Nume , semnătură, parafă