**CERERE**

Subsemnatul(a) …………….........……………………………………..................... reprezentant legal al unităţii medicale …………….......………………….......................,cu sediul în ………………………………..................................…………………...….........., telefon fix. ..............................................., telefon mobil ........................................................, fax ………........................................, adresa e-mail ..................................................................CUI................................................................., **vă rog să aprobati prelungirea** **contractului în ambulatoriul de specialitate pentru furnizarea de servicii medicale recuperare medicala pentru anul 2017.**

**Sub sanctiunile prevazute de art. 326, din noul Cod penal, privind falsul în declaratii, declar pe proprie raspundere, urmatoarele:**

* detin semnatura electronica extinsa
* datele din prezenta cerere sunt conforme cu realitatea.

Totodata,**în calitate de reprezentant legal, mă oblig** să anunţ Casa de Asigurări de Sănătate Ilfov despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza obtinerii deciziei de evaluare, precum si la baza continuitatii contractului de furnizare de servicii medicale in anul 2017, **în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării.**

**Anexez alaturat documentele necesare pentru incheierea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare medicala pentru anul 2017, insotite de OPIS.**

Data Reprezentant legal

 ………………. ………………………….

**DOAMNEI PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL A CAS ILFOV**