**Furnizor ……………………………**

***CERERE DE CONTRACTARE***

Subsemnatul(a) ……………………………… , reprezentant legal al furnizorului ……………………..……, cu sediul in ……… str. ……………….. nr. ……, cod fiscal ..................., certificat de înregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale …………..., decizie de evaluare nr. ……/……., cont nr. ……………………..…....……. deschis la Trezoreria / Banca…..……………….., autorizatie sanitară de funcționare nr. …..……./……….., telefon fix …………...., telefon mobil ……….…., fax ………., adresa de e-mail ………...……., vă rog a aproba contract de furnizare servicii medicale in **asistența medicală pentru specialități paraclinice – dozarea hemoglobinei glicozilate în cadrul programului național de diabet zaharat** pentru anul 2019 pentru următorii medici:

**1.** **Nume și prenume medic** ………………………….., CNP …………………………,

Specialitate ………………….., Grad profesional ……….., Cod parafa …………. Semnatura si parafa................................

**2. Nume și prenume medic** ………………………….., CNP …………………………,

Specialitate ………………….., Grad profesional ……….., Cod parafa …………. Semnatura si parafa...............................

**3. Nume și prenume medic** ………………………….., CNP …………………………,Specialitate ………………….., Grad profesional ……….., Cod parafa …………. Semnatura si parafa.............................

**PUNCT SECUNDAR:** localitatea …………………... autorizaţie de funcţionare …………./....……decizie de evaluare nr .............../..............

**Reprezentanti legali furnizor,**

Nume,prenume ,semnatura