**CERERE**

Subsemnatul(a) …………….........……………………………………..................... reprezentant legal al unităţii medicale …………….......………………….......................,cu sediul în ………………………………..................................…………………...….........., certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale/nr. act de înfiinţare/ordin de înfiinţare……………………………..................……, C.U.I………..…………...……, J ……/……./………...……., decizie de evaluare nr. ….....................……./..…….………, cont nr. …...............................…………………………………………..…… deschis la ………………………...................………………..., autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ………………………….............……, telefon fix. ..............................................., telefon mobil ........................................................, fax ………........................................, adresa e-mail ..................................................................................................................................., vă rog să aprobati încheierea contractului în ambulatoriul de specialitate pentru furnizarea de **servicii medicale dentare** pentru anul 2017.

**Anexez alaturat documentatia prevazuta de actele normative in vigoare necesara incheierii contractului pentru anul 2017, insotita de OPIS.**

Data Reprezentant legal

 ………………. ………………………….

**DOAMNEI PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL A CAS ILFOV**