**Denumirea furnizorului...........................................................................................**

**Sediul social/Adresa fiscala......................................................................................**

**Către,**

 **CASA DE ASIGURARI DE SANATATE ILFOV**

Subsemnatul (a)…………………………………………..….………………………………

legitimat cu B.I./C.I. seria..........., nr..............................., în calitate de reprezentant legal al ................................................................................................................................................................

cod fiscal………...………....., solicit prin prezenta, încheierea contractului / conventiei de furnizare de servicii medicale în asistenţă medicală primară, in sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru 2016-2017, cu **CAS ILFOV**.

 Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

 Data Reprezentant legal

………………. (semnatura si stampila)

 ................................................

**Doamnei Presedinte - Director General al Casei de Asigurari de Sanatate ILFOV**