Denumirea furnizorului....................................................................................................................................

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

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

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

Catre,

 **CASA DE ASIGURARI DE SANATATE MURES**

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

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

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

cod fiscal ……………………...………....., solicit prin prezenta încheierea contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, în cadrul centrului de permanenţă CP................ pentru anul 2017.

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

………………. (semnatura si stampila) ................................................

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