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

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

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

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

Catre,

 **CASA DE ASIGURARI DE SANATATE MURES**

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

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

cod fiscal ……………………...………....., solicit prin prezenta, prelungirea contractului incheiat cu CAS MURES privind acordarea sumelor pentru punerea în aplicare a prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 35/2015 pentru modificarea şi completarea Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015, precum şi alte măsuri în domeniul cheltuielilor publice, precum şi pentru modificarea şi completarea Legii nr. 152/1998 privind înfiinţarea Agenţiei Naţionale pentru Locuinţe, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 293/2015, conform Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016

 .

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

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

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