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, incheiereaea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, incheiat cu CAS Mures, pana la data de 31.12.2018.

 Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

………………. (semnatura ................................................

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