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

**........................................................................................................................**

**Sediul social/Adresa fiscală.......................................................................**

**........................................................................................................................**

**Către,**

**CASA DE ASIGURARI DE SĂNĂTATE MUREȘ**

**Domnului Director General al Casei de Asigurări de Sănătate Mureș**

**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, în Sistemul Asigurărilor Sociale de Sănătate pentru anul 2021, cu CAS MUREȘ.**

 **Transmit documentele solicitate conform listei cu actele necesare contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.**

 **Data Reprezentant legal Reprezentant legal**

**………………. Nume și prenume .............................. Semnătura ............................................**