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

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

Către,

**CASA DE ASIGURARI DE SĂNĂTATE MUREȘ**

**Doamnei Președinte-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, prelungirea contractului de furnizare de servicii medicale pentru Medicină Dentară cu nr. ………./2016, în Sistemul Asigurarilor Sociale de Sănătate, pentru anul 2017, cu CAS MUREȘ.

 Data Reprezentant legal

 (semnătura și ștampila)