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

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

Telefon:............................

e-mail:..............................

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, incheierea contractului de furnizare de servicii medicale in cadrul programului national de diabet zaharat –evaluarea periodica a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate pentru anii 2017-2018, cu CAS Mures.

 Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

 Data Reprezentant legal ………………. (semnatura si stampila) ................................................

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