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

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

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

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

Adresa de corespondenta..........................................................................................................................

Adresa poştă electronică............................................................................................................

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 dispozitive medicale, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate pentru anul 2018, cu CAS Mureș.

 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**