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

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

Către,

 **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 pentru specialitati clinice in ambulatoriu (se vor enumera specialitatatile clinice tinand cont de specialitatea /specialitatile medicului precum si de inregistrarea in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati),

1…………………………………….

2…………………………………….

in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate pentru perioada mai-iunie 2023, cu CAS MURES.

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

……………….