

Furnizorul de servicii medicale

.....

Nr..... /

Domnule Director General

Subsemnatul(a) reprezentant legal al furnizorului de servicii în asistența medicală primară cu sediul în str. nr. , telefon fix/mobil, adresa e-mail , vă rog să binevoiți a aproba încheierea contractului pentru activitățile prevăzute la art. 3 alin. (2) – (7) din OUG nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID – 19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în temeiul art. 2 alin. (2) din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 68/101/29.01.2021.

Activitățile ce fac obiectul prezentului contract se realizează de către următorii:

Medic de familie :

Numele..... Prenumele
CNP Cod parafă,

Semnatura și parafa

Medic de familie :

Numele..... Prenumele
CNP Cod parafă,

Semnatura și parafa

Asistenți medicali :

Numele..... Prenumele
CNP

Reprezentant legal

Nume, prenume, semnatura

*Cererea se completează în format .doc și este asumată prin semnătură electronică extinsă calificată.