**ANEXA 1**

**la metodologie**

C E R E R E

Subsemnatul , reprezentant legal al furnizorului:\*

......................................................................................., avand categoria de furnizori.........................................................., pentru activitatea de ...................................................................... ,cu urmatoarele date de identificare: cod fiscal...................................,localitatea......................................................str................................................., nr. ................, judetul................................,telefon ................................. e-mail......................................solicit evaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru lucru situat in localitatea............................................................

str. ............................................................................., nr. ......................, judetul ,

telefon .................................. fax................................ e-mail.....................................

Anexe documentele solicitate conform art. 4 din Anexa 4 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui CNAS nr. 3168/720/2023.

Data Reprezentant legal,

Numele si prenumele,

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

\* se va mentiona numele furnizorului, categoria de furnizori si activitatea pentru care se solicita evaluarea.